

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**AS AÇÕES PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE SAÚDE
DO SACO GRANDE E A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

KELI REGINA DAL PRÁ

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 2003

KELI REGINA DAL PRÁ

**AS AÇÕES PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE SAÚDE
DO SACO GRANDE E A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social, orientado pela Professora
Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira.


Prof. Krystyna Malys Costa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CST/UFSC

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 10 / 07 / 2003

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 2003

KELI REGINA DAL PRÁ

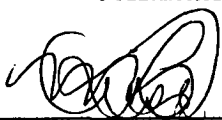
**AS AÇÕES PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO DE SAÚDE
DO SACO GRANDE E A CONSOLIDAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Catarina para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

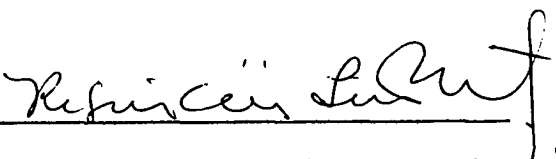
BANCA EXAMINADORA



Professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira
Departamento de Serviço Social - UFSC
Presidente



Michelly Laurita Wiese
Assistente Social
CRESS nº 2210



Professora Dra. Regina Célia Tamasso Mioto
Departamento de Serviço Social - UFSC

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 2003

AGRADECIMENTOS

A Deus pela vida e pela oportunidade de viver a tudo isso.

Meu eterno agradecimento a minha família, meus pais Loreci e Adilart, pelo amor, carinho, paciência e confiança, mesmo distante.

Ao restante da família “extensa” que mesmo longe contribuiu para este momento. À minha avó Neli pelos deliciosos queijos, à tia Leci pelo ferro de passar que não esquenta e pelo “lindo” jogo de malas de couro modelo anos 70, que muito sucesso fez por aqui e que muito me ajudou nas várias mudanças feitas, à tia One e ao tio Ari que cumpriram fielmente o papel de padrinhos, que tantas vezes me acolheram de madrugada na chegada das viagens a Concórdia.

Aos meus irmãos, Kátia e Cleiton, pelo apoio mesmo longe.

Meu imenso agradecimento às *companheiras de luta* no movimento estudantil (ENESSO e CALISS), de festa, alegrias e tristezas durante toda a faculdade Telma, Dani, Poty, Josi e Paula Kapp. Vocês sem dúvida contribuíram, não só, com a minha formação profissional mas com a minha formação pessoal.

Ao Edson eu teria tanto pra falar neste momento, mas com palavras não sei dizer como é grande, como é grande ... o meu amor por você. Então obrigada pela paciência e companheirismo que você teve comigo neste ano.

A Professora Vera, minha *super* orientadora, por todos os ensinamentos, pelo companheirismo e principalmente pela paciência e competência profissional durante a realização deste trabalho.

A todas as Professoras (os) do Departamento de Serviço Social, em especial, Ivete Simionatto e Regina Célia Tamaso Miotto, a quem tantas vezes recorri. Obrigada por todos os ensinamentos.

E por fim agradeço ao CNPq, PET/SSO e a universidade PÚBLICA, GRATUITA e de qualidade, sem a qual não seria possível a realização deste momento.

A miúdo, a simples colocação de um problema é muito mais essencial que a sua solução, que pode ser apenas uma questão de habilidade matemática ou experimental. Fazer novas perguntas, suscitar novas possibilidades, ver velhos problemas sob um novo ângulo são coisas que exigem imaginação criadora e possibilitam verdadeiros adiantamentos na ciência.

Albert Einstein

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso objetiva evidenciar a compatibilidade entre as ações desenvolvidas pelo Serviço Social nos diversos eixos de intervenção e os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, identificando em que medida as ações profissionais dos Assistentes Sociais contribuem para a efetivação do sistema. Neste sentido o trabalho procurou contribuir para a discussão dos processos de trabalho na área da saúde, em especial, na atenção básica, evidenciando a experiência vivenciada pela equipe de Serviço Social do Centro de Saúde do Saco Grande. Na intenção de atender aos objetivos da pesquisa utilizamos como recurso investigativo para coleta de dados: 1) pesquisa documental - realizada a partir do material produzido pela equipe de Serviço Social, neste caso, diários de campo, relatórios de visita domiciliar e de atendimento individualizado e 2) observação participante – que nos permitiu, a partir do acompanhamento de determinadas situações junto a equipe de Serviço Social, observar como os processos de trabalho desenvolvidos contribuem para a efetivação/consolidação do SUS. A partir disso observamos que a intervenção do Assistente Social na área da saúde tem a especificidade de articular as demandas dos usuários do sistema para um atendimento/tratamento a partir de ações que visem, não só, mas principalmente, a integralidade e a resolutividade do sistema. As ações dos Assistentes Sociais, dentro do SUS, contribuem para a construção de sujeitos políticos com consciência do que seja o direito a saúde.

Palavras chaves: Serviço Social, Sistema Único de Saúde, Atenção Básica.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO..... | 09 |
| 1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL..... | 13 |
| 1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS..... | 13 |
| 1.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NOS ANOS 1990..... | 21 |
| 2 O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE..... | 35 |
| 2.1 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL..... | 35 |
| 2.2 O REDIMENSIONAMENTO DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL E OS DESAFIOS NA ÁREA DA SAÚDE..... | 48 |
| 3 AS AÇÕES PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL A CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS..... | 58 |
| 3.1 PROCEDIMENTOS DE LAVANTAMENTO DE DADOS..... | 58 |
| 3.2 A AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SACO GRANDE – PERSPECTIVAS ANALÍTICAS..... | 63 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 86 |
| REFERÊNCIAS..... | 90 |

INTRODUÇÃO

Constitucionalmente a saúde se configura como um direito fundamental de todos os cidadãos brasileiros e como dever do Estado, é um direito independente de contribuição ou qualquer outro requisito prévio, não estando submetida a constrangimentos limitativos de qualquer ordem. O direito à saúde independe do mercado na medida em que é proposto o atendimento universal, integral e igualitário. A saúde se constitui num direito essencial que as pessoas têm pelo simples fato de existirem e serem cidadãos.

A saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, trabalho lazer, liberdade, etc, ou seja, da combinação entre fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que se apresentam de forma particular em cada sociedade.

Nesse sentido, a melhoria das condições de saúde de determinada população está vinculada às mudanças dos padrões econômicos e fortalecimento das políticas sociais, que devem se configurar como políticas públicas saudáveis. A consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas, desenvolvidas pelo Estado, que visem reduzir o risco de doenças e outros agravos a partir de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Para tanto algumas políticas sociais aparecem como fundamentais para a promoção da saúde e qualidade de vida da população. Tais como: saneamento básico, habitação, educação, assistência social, alimentação e nutrição, trabalho, emprego e renda, proteção e desenvolvimento ambiental. Além das políticas sociais incluem-se também como fundamentais para a consolidação do SUS, seus princípios e diretrizes, os processos de trabalho em saúde estabelecidos entre os profissionais de saúde e estes com os usuários do sistema.

O interesse pelo tema resulta das experiências de estágio vivenciadas nos Centros de Saúde da Lagoa da Conceição e do Saco Grande e da experiência como bolsista no projeto

de pesquisa *Direito à Saúde: discursos, prática e valor. Uma análise nos países do Mercosul*.

O tema trabalhado se relaciona à identificação dos processos de trabalho do serviço social na consolidação do SUS, tendo em vista que historicamente nossa profissão desenvolve ações nesta área nos diversos níveis de atenção. A reflexão parte da análise da relação entre as ações desenvolvidas por uma equipe de serviço social, no nível básico de atenção, e a contribuição dessas ações para a consolidação/efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

O desenvolvimento dessa monografia buscou atender aos seguintes objetivos:

- ✓ Identificar as ações profissionais do assistente social no nível de atenção básica, a partir da análise dos atendimentos desenvolvidos pela equipe de Serviço Social do Centro de Saúde do Saco Grande;
- ✓ Evidenciar a compatibilidade entre as ações desenvolvidas nos diversos eixos de intervenção profissional e os princípios e diretrizes do SUS.

A consolidação do SUS e, conseqüentemente, do direito à saúde em si de forma universal e integral implica uma visão de totalidade do sistema por parte dos profissionais de saúde. Nesse sentido o assistente social é um profissional que tem condições de articular o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção da saúde como das causalidades das formas de adoecer, intervindo em todos os níveis de atenção nos programas da saúde. O assistente social tem a capacidade de captar o que há de social relacionando a questão da saúde, para além da dor, do sofrimento e da informação pontual.

Tem competência para intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzem a eficácia dos programas, serviços e ações de saúde, seja no nível de promoção, proteção e recuperação de saúde.

Por isso o presente trabalho traz a discussão da garantia do direito à saúde a partir dos processos de trabalho desenvolvidos pelo serviço social, no nível da atenção básica, no SUS. Procuramos evidenciar ainda, como as ações profissionais do assistente social, nos diversos eixos de intervenção vêm sendo compatíveis com os princípios e diretrizes do SUS.

A exposição do trabalho foi organizada em três capítulos, descritos a seguir.

No primeiro capítulo, inicialmente, foi realizado um breve histórico da política de saúde no Brasil, desde os anos de 1920 até o final da década de 1980 quando da consolidação do Projeto de Reforma Sanitária na Constituição Federal de 1988.

Logo após, já na década de 1990, se apresenta a discussão da configuração do direito a saúde na Carta Constitucional, seus princípios e diretrizes, sua regulamentação e ao mesmo tempo a influência dos Organismos Internacionais apontando para a reforma do setor de saúde.

O segundo capítulo resgata a trajetória histórica da intervenção do serviço social na área da saúde a partir do período de 1964 até os dias atuais e o redimensionamento do trabalho do assistente social nesta área com a exigência de um profissional competente teórica, técnica e politicamente e comprometido com a garantia dos direitos sociais, em especial, do direito à saúde.

No terceiro capítulo descrevemos os procedimentos de levantamento de dados do estudo e em seguida discorremos e analisamos como os processos de trabalho do serviço social nos diversos eixos de intervenção contribuem para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

Por fim, concluímos o trabalho com as reflexões e considerações finais sobre esta questão social.

1 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

No Brasil, as políticas de saúde estiveram subordinadas às necessidades da produção e foram influenciadas, direta ou indiretamente, ora pelo governo, ora pelo empresariado agro-industrial, industrial e financeiro.

Até os anos de 1920 as questões de saúde não eram de preocupação estatal. O Estado desconhecia o setor, deixando o espaço da assistência à saúde para o trabalho de ordens religiosas, principalmente as Santas Casas e Beneficências de grupos de imigrantes e instituições de caridade. Neste período o Estado assumiu, como responsabilidade, apenas as questões de saúde coletiva, “incorporando uma tecnologia que tinha conotação reduzida a ações de ‘engenharia sanitária’” (MAGAJEWSKI, 1994, p. 42). As ações de interesse do Estado, estavam voltadas, principalmente, para o saneamento e urbanização das áreas portuárias atingidas por endemias¹ e moléstias infecto-contagiosas, que pela gravidade traziam sérios prejuízos ao setor agro-exportador, abalando a continuidade do processo de exportação agro-cafeeiro.

A necessidade de garantir a reprodução da força de trabalho e a expansão das enfermidades crônico-degenerativas, advindas do processo de industrialização, mobilizaram grupos organizados de trabalhadores, que se concentravam em torno dos novos pólos industriais, a pressionarem pela atenção do poder público. A resposta do Estado, para esta situação, se deu pela política de assistência médica individual iniciando com a medicina previdenciária.

¹ “Ocorrência habitual de uma doença ou de um agente infeccioso em determinada área geográfica. Pode significar, também, a prevalência usual de determinada doença nessa área” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985, p. 14).

A implantação das Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAP's, em 1923 e sua incorporação aos Institutos de Aposentadoria e Pensão – IAP's, em 1932, já organizados por categoria profissional, constituiu-se nos embriões da política previdenciária brasileira. Segundo Nogueira (2002, p. 145) foi “consolidado um ideário favorável à relação pacífica entre trabalhador e empregador, na construção da ordem capitalista meritocrática brasileira”.

Os IAP's desenvolveram-se com o processo de industrialização, processo este que favoreceu a ampliação do modelo de seguro social, sustentado pela capitalização dos recursos originários das três fontes de financiamento: empregados, empregadores e Estado.

“A criação do Ministério da Educação e do Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, em 1930, marca o princípio de uma política nacional para o setor e sedimenta as duas estruturas de atenção à saúde: a da política pública e a de seguro saúde” (DRAIBE apud NOGUEIRA, 2002, p. 145).

Segundo Noronha e Levcovitz (1994), no período de 1945 a 1964 não se configurou nenhuma alteração profunda na natureza do sistema de saúde. Tem-se uma rápida expansão da medicina previdenciária. No início de 1960 verificou-se um tímido processo de descentralização do sistema de saúde com a criação e o crescimento das redes públicas estaduais e municipais voltadas ao atendimento do pronto-socorro e da população marginalizada do sistema sanitário.

O processo de industrialização e urbanização, deste período, produziu uma massa operária que passou a ser atendida pelo sistema de saúde, a fim de manter disponível para o processo de produção, a capacidade laborativa do conjunto da força de trabalho. O Estado passou a ocupar-se do corpo individual da massa trabalhadora, através da atenção médica individual (MAGAJEWSKI, 1994).

Nogueira (2002) aponta que neste período, no Brasil, este modelo expandiu-se no que se relaciona à previdência médica individual no que Santos (1994) denomina de cidadania regulada. Ou seja,

são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações *reconhecidas e definidas por lei*. A extensão da cidadania se faz, pois, via regulamentação das novas profissões e /ou ocupações, em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei (SANTOS, 1994, p. 68).

No final deste período de quase 20 anos, em 1963, a III Conferência Nacional de Saúde propõe a municipalização da assistência à saúde no Brasil, aquecendo o debate sobre o papel do Estado nacional na implantação de um efetivo sistema de saúde. Porém, este debate é interrompido pelo golpe militar de 1964, que segundo Nogueira

[...] alterou as bases políticas e econômicas nacionais. Com poder ditatorial altamente repressivo, o governo refez o pacto entre a elite dirigente, dando um novo direcionamento nos investimentos, criando fundos específicos para financiar as políticas setoriais e afastando os trabalhadores do controle de seus organismos previdenciários. No plano político, interrompe-se o processo de descentralização, centralizando as decisões e inibindo qualquer manifestação de ordem democrática (2002, p. 146).

A maior repercussão na área previdenciária, além da exclusão dos trabalhadores da gestão das instituições previdenciárias, foi em 1966, a unificação dos IAP's no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. A criação do INPS marca a constituição, pelo governo militar, do modelo médico assistencial privatista, aqui caracterizado por Mendes (1999, p. 59)

- a) A extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase a totalidade da população urbana e rural;
- b) O privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;

- c) A criação, por meio da intervenção estatal, de um complexo médico industrial;
- d) O desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde propiciando a capitalização da medicina e o privilegiamento do produtor privado destes serviços.

Estes aspectos, contemplados pela ação estatal, inauguraram um período de capitalização da medicina resultando num processo de privatização que expandiu, tanto qualitativamente como quantitativamente, os serviços médicos, em especial, os serviços privados, os hospitalares e os de alta densidade tecnológica.

Segundo Magajewski (1994, p. 44), este modelo estava assentado no tripé constituído por: Estado – como grande financiador do sistema da previdência social; Setor Privado Nacional - como maior prestador de serviços de atenção médica e o Setor Privado Internacional – como o mais significativo produtor de insumos, especialmente equipamentos biomédicos e medicamentos.

No entanto este modelo, que se ampliou intensa e desordenadamente durante os 20 anos de ditadura, entrou em crise com o fim do milagre econômico, em meados de 1970. O contexto político de falência financeira do modelo privatista, de falência do regime ditatorial e o início do processo de transição à democracia, abriram espaço para a emergência de novos atores sociais - movimentos sociais de todo o país e partidos na cena política nacional. Estes novos sujeitos políticos, preocupados com a situação do sistema de saúde, se organizaram em torno da Reforma Sanitária.

O processo de Reforma Sanitária, iniciado em meados da década de 1970, ganha destaque na relação Estado-Sociedade Civil, tendo como liderança intelectual e política o Movimento Sanitário. Segundo Gerschman (1995, p. 41)

tratava-se de um grupo restrito de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor da saúde, provenientes na sua maioria do Partido Comunista Brasileiro (PCB) que exerceu um papel

destacado de oposição ao regime militar, assim como uma trajetória política na área da saúde.

O Movimento Sanitário exerceu influência, principalmente, no âmbito acadêmico caracterizando-se como orientador do processo de reformulação do sistema de saúde. Desempenhou importante papel em organismos internacionais, como a Organização Panamericana da Saúde – OPS e em experiências alternativas de saúde que foram desenvolvidas em algumas cidades brasileiras na década de 1970.

O movimento ocupou também importantes espaços nos aparelhos institucionais da saúde no âmbito do governo federal, estadual e municipal, no período de transição à democracia.

A Reforma Sanitária sustentou-se numa ampla crítica à concepção de saúde restrita à dimensão biológica e individual, como também na afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para se pensar o processo de trabalho em saúde (VASCONCELOS, 2002). Sustentou também a crítica ao modelo de saúde vigente, baseado no crescimento do setor privado às custas do setor público, ou seja, o setor privado sendo financiado pelo setor público o que conseqüentemente ocasionou a falência e crise deste último.

Intensificam-se estas críticas feitas pelo Movimento Sanitarista ao modelo de saúde vigente e ao mesmo tempo há a tentativa, aparente, de busca por alternativas, por parte do poder central. Em 1980 o Ministério da Saúde convoca e organiza a VII Conferência Nacional de Saúde tendo como tema os *Serviços Básicos de Saúde*. Mesmo sem a participação popular no evento e com um plenário restrito aos técnicos da área e alguns nomes expressivos da medicina, a discussão permitiu uma ampliação do debate sobre a descentralização, tanto assistencial quanto organizacional do modelo de atenção à saúde e

o enunciado, por parte do governo federal, do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV-SAÚDE (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994).

O PREV- SAÚDE não chegou a ser implementado mas já expressava a preocupação com a atenção primária e a saúde comunitária. Preocupação esta suscitada, também, pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no ano de 1978. A referida Conferência expressou, no documento conhecido como Declaração de Alma-Ata, a necessidade urgente de todos os governos, de todos os que trabalham no campo da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial a promover a saúde para todos os povos do mundo:

VI) os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o núcleo principal, quanto ao desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

VII) A atenção primária à saúde:

6. Devem ser apoiadas por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidades (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978).

A proposta do PREV-SAÚDE serviu, posteriormente, de referência ao Programa de Ações Integradas de Saúde – PAIS, que tinha como proposta central a alteração na relação entre os setores público e privado, privilegiando o financiamento do setor público e a alteração do modelo médico-assistencial, promovendo uma relação integrada interna ao setor público e dando prioridade à assistência ambulatorial, estendendo a cobertura e melhorando a qualidade dos serviços (GERSCHMAN, 1995).

Em 1982 iniciam a assinatura dos convênios das Ações Integradas de Saúde – AIS, que previam, ainda que de maneira incipiente, a existência de instâncias de participação da população na gestão dos serviços de saúde e a primeira tentativa de descentralização do sistema. Porém, as AIS não se constituíram, na prática, numa política de saúde assumida pelo governo. As AIS passaram sim a contar

com enormes resistências dos prestadores privados de serviços médico-hospitalares e de suas articulações de poder existentes no seio do aparelho institucional da previdência social, representadas por expressivos segmentos da burocracia previdenciária, além da oposição expressa da ABRANGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo e da AMB – Associação Médica Brasileira (NORONHA e LEVCOVITZ, 1994, p. 84).

O Movimento Sanitário continuou crescendo, mas é em 1986 que a proposta de ampliação e reorientação do atual sistema de saúde para um sistema calcado na universalização do direito à saúde e em um sistema racional de natureza pública, descentralizado e democrático, com a participação da comunidade, adquire expressão máxima.

A VIII Conferência Nacional de Saúde discutiu a situação de saúde do país e aprovou em seu relatório final mudanças no setor de saúde de forma a torná-lo acessível, democrático, universal e equitativo. Mudanças que passaram a constituir o *projeto de Reforma Sanitária* que, em 1987, foi levado à Assembléia Constituinte para discutir, juntamente com outras propostas, o que seria inscrito mais tarde na Constituição Federal de 1988, sobre a saúde.

Essa Conferência difere das anteriores por duas características principais: primeiro por seu caráter democrático, pela significativa presença de milhares de delegados representativos de todas as forças sociais interessadas na questão da saúde e em segundo pela sua dinâmica processual que se iniciou com as conferências municipais, depois as conferências estaduais, até chegar no âmbito nacional. Além de culminar com um

importante marco para a concepção do direito à saúde, que foi a ampliação deste relacionado às condições de vida:

[...] a saúde é resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

A saúde não é um conceito abstrato. Defini-se no contexto do histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (SILVA, VIANNA e NOGUEIRA, 1986, p. 118-119).

A saúde, é definida como dever do Estado e direito do cidadão, ou seja, os cuidados de saúde exigem a extensão do atendimento às ações de prevenção e ao melhoramento das condições de vida. Para que ocorram transformações que efetivem estas mudanças, as políticas de saúde encaminhadas pelo projeto de Reforma Sanitária, segundo Gerschman (1995, p. 42), foram:

- Criação de um Sistema Único de Saúde com predomínio do setor público;
- Descentralização do sistema e a hierarquização das unidades de atenção à saúde;
- Participação e controle da população na regionalização dos serviços;
- Readequação financeira do setor de saúde.

Após a VIII Conferência Nacional de Saúde foi criada a Comissão Nacional da Reforma Sanitária, proposta pelo Ministério da Saúde e que previa em sua composição representantes do Movimento Sanitário, das organizações populares, dos organismos governamentais, dos parlamentares, dos prestadores de serviços privados de saúde e das organizações patronais.

O resultado da ação da Comissão foi a efetiva implantação, em 1987, dos Sistemas Unificados e Descentralizados da Saúde – SUDS, que propunham: a transferência dos serviços de saúde e dos recursos financeiros para os estados e municípios; o

estabelecimento de um gestor único de saúde para cada esfera de governo e a transferência para os níveis estadual e municipal dos instrumentos de controle sobre o setor privado (SCOREL apud GERSCHMAN, 1995).

Porém o SUDS não efetivou muitas das mudanças administrativas propostas para o setor. Ou seja,

Através de mecanismos políticos, contábeis e burocráticos no INAMPS e Ministério da Saúde, criaram-se obstáculos a implementação do SUDS, dentre os quais o mais notável foi o desaparecimento dos recursos nos meandros das máquinas federais, estaduais e municipais (GERSCHMAN, 1995, p. 44).

Os embates em torno da necessidade de alteração do sistema de saúde se tornaram mais aguçados fazendo com que os interesses das diversas facções em um mesmo campo ideológico se aglutinassem. O debate centrou-se entre privatistas e reformistas, tais embates duraram todo o período pré-constitucional, com intensa mobilização da vanguarda relacionada ao setor, buscando construir uma direção hegemônica em relação ao novo modelo de atenção à saúde.

1.2 A POLÍTICA DE SAÚDE NOS ANOS 1990

{ O direito à saúde se consolidou com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a partir das incansáveis lutas populares e sindicais no sentido de fortalecer legalmente a garantia dos direitos sociais. Esse avanço foi reforçado legalmente, em 1990, com a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde – LOS (leis 8080 e 8142). Foi a partir dessa legislação complementar que se instituiu e regulamentou o Sistema Único de Saúde – SUS. }

A Constituição Federal de 1988 propôs um novo ordenamento ao setor de saúde, propiciando particularidades em aspectos ético-políticos fundamentais. A Carta Constitucional, através dos artigos:

Art. 196: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
 Art. 197: São de relevância pública as ações e serviços de saúde [...] (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p. 117).

traz a concepção de direito que tem a satisfação das necessidades de saúde como um direito independente de contribuição ou qualquer outro requisito prévio, não estando submetida a constrangimentos limitativos de qualquer ordem. O direito à saúde independe do mercado na medida em que é proposto o atendimento universal, integral e igualitário. A saúde se constitui num direito essencial que as pessoas têm pelo simples fato de existirem e serem cidadãos.

Segundo Nogueira, a aprovação do direito à saúde

expressa uma perspectiva inovadora em relação aos direitos sociais e significa uma inserção política de atores sociais até o momento excluídos na conformação das agendas públicas. Reafirma, ainda, o trânsito para um Estado Institucional-Redistributivo, na medida em que rompem com a sujeição histórica dos direitos sociais ao trabalho formal, e sinalizam para a atenção às necessidades integrais de saúde de todo cidadão (2002, p. 154).

O SUS incorpora esta perspectiva inovadora, indicando como diretrizes, dispostas no art. 198 da Constituição Federal:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
 II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
 III – participação da comunidade (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p. 117).

As diretrizes vêm como estratégias para a consolidação institucional do SUS, as mesmas foram propostas gradativamente desde as AIS, sendo mais bem delineadas com o SUDS e consolidadas na Constituição Federal de 1988 e pelas leis 8080 e 8142:

forma que os centros ou unidades básicas sejam a porta de entrada do sistema para todas as outras unidades e serviços da rede, também posicionados de forma que cada sistema regionalizado de saúde possa corresponder a uma pirâmide: na base encontram-se os centros e unidades básicas de saúde (*primeiro nível de complexidade*); no centro estão as policlínicas ambulatoriais de especialidades e de diagnóstico complementar (*segundo nível de complexidade*) e no topo os hospitais (*terceiro nível de complexidade*). Os hospitais podem, eventualmente, estarem localizados em outro município e reservam-se a resolução dos problemas de saúde que não forem resolvidos nos demais níveis e serviços de saúde;

3. *Resolutividade* – exigência de que, quando um indivíduo busca atendimento de saúde ou surge um problema de impacto coletivo, o serviço correspondente deve estar capacitado para enfrenta-lo e resolve-lo até o nível de sua competência. A expectativa de resolutividade de um sistema eficiente é de 80% das necessidades de saúde da população resolvidas no primeiro nível de complexidade (atenção primária ou básica); 10 a 15 % no segundo nível de complexidade e de 5 a 10 % no terceiro nível de complexidade (LOCKS, 2002);

4. *Participação da comunidade* – garantia da participação da população na formulação e controle da execução da política de saúde, em cada nível administrativo do sistema, através de suas entidades representativas. A participação da comunidade, segundo o disposto na Lei 8142/90, se dará em Conselhos e Conferências de Saúde², em cada esfera de governo.

² Cabe ao Conselho de Saúde: definir, acompanhar e avaliar a política de saúde; deliberar sobre o plano municipal de saúde; deliberar sobre a ampliação de recursos; estabelecer diretrizes para a participação do setor privado e ser consultivo, deliberativo e fiscalizador das ações da política de saúde.

Os Conselhos tem composição paritária, onde os usuários terão 50% dos assentos no Conselho e os outros 50% serão divididos entre prestadores de serviços privados, representantes do governo e profissionais da saúde. Os Conselhos tem caráter deliberativo. As Conferências reúnem representantes dos diversos setores da sociedade, escolhidos por voto ou indicação. São realizadas com o objetivo da população propor ou indicar ações e políticas na área da saúde. As mesmas realizam-se a cada quatro anos e possuem caráter consultivo. As Conferências e Conselhos são instrumentos de controle social. Através deles a comunidade e seus representantes indicam onde e como serão utilizados os recursos de saúde disponíveis para a solução dos problemas da população, participando do estabelecimento das políticas de saúde e controlando a execução dessas políticas, discutindo as prioridades e fiscalizando a utilização dos recursos públicos .

Também seus princípios sinalizam mudanças quanto a situação anterior, trazendo como tendência presente a compreensão do homem, não de forma reducionista e fragmentada, mas sim, através de novas abordagens quanto as necessidades multidimensionais e as suas particularidades:

- ✓ *universalidade* – entendida como direito de todos os brasileiros à atenção de suas necessidades de saúde, ou seja, o direito de todo o cidadão ter acesso universal e igualitário aos serviços e ações de

A representação dos usuários nas Conferências e Conselhos de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

As Conferências e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho (Lei 8142/90).

saúde rompendo com a desigualdade histórica que classificava os brasileiros em cidadãos de primeira e segunda classe³;

Universalizou-se o direito à saúde, apontando para a garantia do pleno acesso aos serviços de saúde sem qualquer critério de exclusão ou discriminação. A universalidade da saúde representou um ganho significativo para toda a população brasileira e, em especial aos diferentes segmentos da classe trabalhadora, abriu-se espaços para a gestão e democratização dos serviços de saúde, com a ampliação da participação popular, possibilitando o controle social através dos Conselhos de saúde.

✓ *Igualdade* – garantia de cobertura de ações e serviços de saúde de acordo com a necessidade que cada caso requeira sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. A igualdade pressupõe o direito de cada um às ações de saúde necessárias à solução do seu problema de saúde;

✓ *Integralidade* – reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa como complexo bio-psico-social, sendo inconcebível a fragmentação das pessoas em órgãos e o atendimento em necessidades parciais, superando a idéia da compartimentalização produzida entre ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e principalmente, sugerindo um modelo integral da atenção a saúde que não tem como suposto a cura da doença.

O princípio de integralidade pressupõe ainda a integração da rede de unidades produtoras de serviços de saúde em um sistema racional, incluído em uma mesma lógica de atenção, baseada nas necessidades da população e não na dos serviços: no *primeiro*

³ Os cidadãos de “primeira classe eram os que integravam o mercado de trabalho, tendo acesso à medicina previdenciária. Os de segunda classe tinham suas necessidades de saúde atendidas unicamente através de um precário sistema constituído pelas Santas Casas de Misericórdia, pela boa vontade da classe médica e pelos raros serviços mantidos pelo Ministério da Saúde” (NOGUEIRA, 2002, p. 155).

nível - compreende as ações básicas, individuais e coletivas dirigidas à população ou grupos específicos na prevenção dos agravos, promoção da saúde, tratamento e reabilitação, dirigidas a toda a população através de ações básicas educativas que possam intervir no processo de saúde/doença e qualidade de vida; no *segundo nível* – consiste em atendimento especializado na assistência hospitalar e ambulatorial; no *terceiro nível* – o atendimento hospitalar de maior complexidade que objetiva promover o tratamento, recuperação e reabilitação da população.

Porém, a implementação do SUS, propondo todas estas alterações no modelo de saúde brasileiro impulsionado pelo movimento de Reforma Sanitária, e a garantia legal, na Constituição Federal de 1988, do direito à saúde, ocorreu em um período de profundas transformações, tanto do ponto de vista econômico quanto social. Principalmente a partir de 1995 quando começam a ser implementadas reformas na área da saúde a partir da ótica dos *Organismos Internacionais de financiamento* (Banco Mundial, Banco Interamericano de Desenvolvimento – BID, Fundo Monetário Internacional – FMI).

O Banco Mundial analisando a política de saúde brasileira, o SUS, constata uma série de implicações:

a extensão da cobertura a todos os cidadãos; a transferência, para os municípios, das responsabilidades e da totalidade dos recursos federais referentes à assistência e à saúde; as pesadas cargas financeiras com que o modelo tem onerado o setor público, criando expectativas para a população; além do fato de o sistema unificado e descentralizado continuar, não indicando como ocorrem as relações entre o governo e o setor privado (SIMIONATTO, 2001, p. 18).

Aponta ainda, como grande falha do SUS a ineficiência no atendimento das camadas mais pobres da população e a concentração de recursos em programas que não atingem as regiões mais empobrecidas. Critica a centralidade do modelo no cuidado hospitalar e ambulatorial e em alta tecnologia, com pouco investimento em programas de

saúde preventiva} Diante desta situação o Banco Mundial sugere uma agenda para a reforma da política social, incluindo a área da saúde:

aumenta a focalização do gasto público, incluindo a cobrança dos que podem pagar por certos benefícios e o estímulo à oferta pelo setor privado de certos serviços; descentralização da execução dos programas sociais para estados e governos locais; eliminação de qualquer vínculo de fonte e folha de pagamento; fortalecer o papel do governo federal no controle de qualidade e provisão de informação ao consumidor (COSTA, 1998, p. 35).

{ A partir destes apontamentos, o Banco Mundial centra-se, como proposta para a reforma do setor de saúde, na redução do papel do Estado nesta área, principalmente através: da responsabilização da família, que deve tratar suas enfermidades comprando os serviços médicos necessários no mercado; da transferência de funções governamentais às Organizações Não-Governamentais – ONG's, visando atender a população de baixa renda que não pode recorrer ao mercado para resolver seus problemas de saúde e da transferência de serviços públicos de saúde para o setor privado. }

As intencionalidades das reformas setoriais na área da saúde estão centradas na idéia de estabelecer um pacote básico de serviços clínicos e de prioridades de financiamento para serviços e o desenvolvimento de experiências de co-pagamento o que rompe com os princípios da universalidade, da integralidade e da igualdade. Ou seja, fica a cargo do Estado apenas a atenção primária, já os serviços de alto custo passam a ser oferecidos pelo mercado a àqueles que podem comprá-los. }

Desta forma o Banco Mundial financia o desenvolvimento e implementação de modelos de saúde que focalizam somente os grupos socialmente vulneráveis, os pobres, que teriam suas necessidades e cuidados resolvidos com um pacote simplificado de ações e serviços de saúde. Estes pacotes devem conter somente serviços básicos de saúde a esta população, são os chamados pacotes essenciais de serviços ou serviços clínicos essenciais.

Já os serviços de saúde que não estão incluídos nos pacotes essenciais devem ser comprados no mercado por cada cidadão que puder pagar. Em geral estes pacotes pensam os serviços de saúde sem ter a preocupação com as demandas dos usuários, ou seja, são programas prontos que não consideram as particularidades da população e que, no caso dos países subdesenvolvidos são caracterizadas por ações e serviços de baixo custo.

O contexto de reforma acaba por subordinar as políticas de saúde a lógica perversa da contenção de gastos e a introdução de medidas restritivas e privatizantes em detrimento a orientação constitucional que consagra a universalidade do atendimento à saúde e a garantia as condições para que toda a população tenha acesso a esse direito.

→ Vamos pôr a questão desse modo: principal
 { No Brasil a configuração deste contexto se deu, principalmente, no período pós 1995 a partir de um reforma incremental, marcada por pequenos ajustamentos sucessivos no nível da organização administrativa, dos serviços e do modelo assistencial de atendimento. As mudanças no modelo assistencial vêm ocorrendo por conta de dois novos programas: Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS⁴ e o Programa de Saúde da Família – PSF, os quais, por sua vez, provocam alterações importantes nas formas de organização dos serviços e nas práticas assistenciais (VIANA e DAL POZ, 1998). }

O primeiro destes programas a ser implantado foi o PACS, a partir de 1991, posteriormente, em 1994 o Ministério da Saúde implanta o PSF, tendo como foco central a descentralização das ações com enfoque na família e na comunidade. O PSF surge com a idéia “inovadora” de deslocar o eixo de preocupação centrada na figura do médico para a preocupação com toda a equipe de saúde, ou seja, a

⁴ Segundo Viana e Dal Poz (1998), o PACS é um antecessor do PSF que introduz, dentro das práticas de saúde, três inovações: a primeira é o enfoque na família e não no indivíduo; a segunda é a visão ativa da intervenção em saúde, de agir previamente na demanda, se constituindo num instrumento real de (re)organização da demanda e a terceira é a concepção de integração com a comunidade e o enfoque não centrado apenas na intervenção médica.

“O PACS foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, principalmente nas regiões Norte e Nordeste, através de uma extensão de cobertura de serviços de saúde para as áreas mais pobres e desvalidas” (VIANA e DAL POZ, 1998, p. 08).

reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças realizado principalmente no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de saúde da família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenção que vão além de práticas curativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001, p. 05).

Segundo o Ministério da Saúde, o PSF “é uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família [...] de forma integral e contínua” (2001, p. 05).

PSF (com os princípios SUS)

A Estratégia de Saúde da Família também reafirma e incorpora os princípios/diretrizes do SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. A Estratégia está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde prevendo o acompanhamento permanente das famílias e indivíduos que moram num espaço territorial próximo, estabelecendo-se vínculos de compromisso e de responsabilidade entre profissionais e população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

Os princípios da unidade de saúde da família constituem-se na não criação de novas estruturas e serviços, a não ser em áreas desprovidas; sua inserção no primeiro nível de ações de serviços do sistema local de saúde, ou seja, na atenção básica, devendo estar articulada à rede de serviços a fim de garantir atenção integral aos indivíduos e as famílias, bem como assegurar a referência e contra-referência para os demais níveis do sistema; definição da área delimitada e adscrição da população com no máximo 600 a 1000 famílias por equipe; formação de uma equipe multiprofissional que pode incorporar outros profissionais além da equipe mínima composta por um médico generalista, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e cinco agentes comunitários de saúde.

Cabe destacar que, apesar do programa ser divulgado como uma estratégia de mudança do modelo assistencial e estar vinculado à estrutura do SUS, há de se discutir que

propostas como a adoção do Programa de Saúde da Família como estratégia de atenção primária, a constituição de consórcios de saúde para ações de atenção secundária e terciária vêm sendo, [...] nesta perspectiva, adotadas como um modelo de equidade na saúde, pela “discriminação positiva” dos considerados aqui, como “menos favorecidos”. No sentido de justificar a comercialização dos serviços de saúde para os que “podem pagar alguma coisa”, a política de saúde oscila entre a atenção secundária e terciária privatizada via consórcios e Organizações Sociais, e para os pobres e miseráveis o Programa de Saúde da Família (VASCONCELOS, 2002, p. 82).

Teixeira (2001) aponta que em termos práticos, esse tipo de política acaba por servir a uma necessidade compensatória, de baixo custo, que funciona também como controle social da população pelo Estado, ao mesmo tempo que ameniza os conflitos internos (relações interfamiliares) e externos (relações sociais) em potencial. Ou seja, para um sistema universalista e igualitário, como o SUS, que pressupõe a oferta integral de procedimentos e serviços para todas as necessidades de saúde do conjunto da população e a mudança do modelo de atenção não é suficiente uma rede de unidades básicas que conte apenas com profissionais médicos generalistas. Uma dupla de técnicos (médicos/enfermeiras) que realizam

uma assistência voltada, a princípio, para os aspectos epidemiológicos, quer dizer, de redução de morbi-mortalidade⁵, nas faixas etárias e situações de ‘risco’ determinadas, mas que ainda não consegue, em seu todo, visualizar os usuários como sujeitos sociais [...]. Podemos afirmar que, no momento, em sua maioria, tal modelo de assistência tende a reproduzir a prática médica que trata de patologias e não de cidadãos (TEIXEIRA, 2001, p. 238).

Franco e Merhy (2003) também destacam esta questão, enfatizando que nas estratégias do PSF, nada garante que haverá a ruptura com a dinâmica medicocentrada, do modelo hegemônico atual, visto que não há a preocupação com os fazeres cotidianos de cada profissional. Acreditam também ser extremamente difícil o Programa mudar o modelo tecnoassistencial em saúde, pois não há um esquema para o atendimento da

⁵ A título de esclarecimento morbiidade significa: conjunto de causas capazes de produzir uma doença; incidência relativa de uma doença ou taxa de indivíduos doentes num dado grupo e durante um período determinado (HOUAISS, 2001).

demanda espontânea. O Programa tem a missão de mudar o modelo assistencial para a saúde, porém esta mudança só se caracterizará quando tiver um modelo que seja centrado no usuário. Os autores destacam ainda que o Programa privilegia ações de natureza higienista do que as de cunho sanitaria e que também não leva em conta a rede básica assistencial instalada, que é superior a recomendada pela OMS e que vem sendo sumariamente descartada.

Além destes apontamentos podemos destacar outros problemas e entraves postos pelo PSF/PACS, como: a) desvirtuamento dos princípios e diretrizes norteadoras do SUS, devido à inserção do PSF de forma vertical e paralela; b) a saúde da família ainda não é uma política de estruturação do modelo de atenção básica do SUS e sim um programa que não permeia o conjunto das ações; c) a precarização das relações de trabalho, contrariando os princípios constitucionais referentes ao acesso dos profissionais no serviço público; d) a falta de apoio político e de recursos no sentido da implementação e ampliação das ações de saúde da família explicitam sua descontinuidade, focalização e fragmentação; e) falta de capacitação específica para os profissionais atuarem na perspectiva saúde da família, superando a visão tradicional dos atendimentos individualizados (CFESS, 2002).

O programa suscita, também, a discussão de que a mudança do modelo assistencial somente acontecerá a partir da reorganização do processo de trabalho e assim propõe um novo modo de operar o trabalho em saúde que por sua vez estaria em estruturar o trabalho assistencial a partir de equipes multiprofissionais (FRANCO e MERHY, 2003).

No entanto, acredita-se que, a mudança do modelo assistencial centrada a partir da estruturação de equipes multiprofissionais⁶, somente, não é suficiente e não se caracteriza como inovadora. As práticas dos profissionais de saúde virão convergir à consolidação dos

⁶ Multidisciplinaridade ou multiprofissionalidade, “onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, em geral sem cooperação e troca de informações entre si, a não ser um sistema de referência e contra-referência dos clientes, com uma coordenação apenas administrativa” (VASCONCELOS, 1997, p. 141).

princípios do SUS a partir de ações numa perspectiva de interdisciplinaridade, como bem define Vasconcelos: interdisciplinaridade entendida como

reciprocidade, enriquecimento mútuo, com tendência a horizontalização das relações de poder entre os campos implicados [...] identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e /ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, [...] gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua pela simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos (1997, p. 141).

Ou seja a incorporação desta perspectiva interdisciplinar de trabalho pelas equipes de profissionais de saúde, principalmente do PSF, só vem consolidar o conceito ampliado de saúde, enriquecendo a compreensão da realidade a ser trabalhada e ampliando a eficácia interventiva.

Porém a incorporação, não somente desta perspectiva interdisciplinar de trabalho, mas também da mudança do modelo médico-hegemônico tanto por parte do sistema de saúde que deveria articular suas ações com as demais políticas sociais que intervêm na vida cotidiana da população, quanto pelas práticas profissionais que mesmo com a proposta da política de saúde baseada nos princípios de universalidade, igualdade e integralidade tem mostrado dificuldade de desvinciliar-se do modelo médico-hegemônico e de não conseguirem sair dos espaços institucionais burocratizados, como aponta Wiese (2003), essa mudança faz parte de um processo histórico lento, gradual, conflituoso que gera resistências ao novo.

Este processo de mudança exige dos profissionais o desenvolvimento de ações pautadas na defesa dos princípios do SUS, na promoção, prevenção e recuperação da saúde e de entende-la, não reduzida somente à dimensão biológica, mas vinculada à realidade social.

1. Descentralização da gestão dos serviços com comando único em cada

público assumirá a responsabilidade de execução da política de saúde no nível federal (Ministério da Saúde), no nível estadual (Secretaria Estadual de Saúde) e no nível municipal (Secretaria Municipal de Saúde), com atribuições específicas para cada um deles. Cada nível de governo tem o compromisso de investir recursos orçamentários, suficientes, transferidos para quem executa os serviços de saúde, a fim de garantir as condições materiais e financeiras para o adequado funcionamento do sistema. Esse processo prevê também a descentralização dos poderes políticos e programáticos, e não somente a descentralização financeira.

A descentralização de fato, “deu um vigor na reconstrução ou construção das instituições democráticas. Favoreceu, dadas as dimensões do território nacional, a possibilidade do controle social” (NOGUEIRA, 2002, p. 157). Possibilitou ainda a emergência de novos atores políticos e de centros de poder alternativos, o que obriga o poder central a negociar com as esferas subnacionais.

A esfera municipal passa a ter maior autonomia e capacidade decisória sobre as ações e programas de saúde. Ampliou a competência estadual e atribuiu à esfera municipal responsabilidade executiva na provisão de serviços sociais. Segundo Nogueira (2002) abriu espaço para uma diversidade de práticas que apresentam diferentes resultados no encaminhamento à saúde.

2. *Regionalização e hierarquização* – os serviços devem ser organizados em níveis de complexidade tecnológica crescente, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida. Ou seja, todas as unidades que produzem os serviços de saúde serão organizadas de

2. O SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

2.1 A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL

Para contextualizar a trajetória e as mudanças ocorridas na intervenção do serviço social na área da saúde, tomaremos como principal referência o trabalho de Maria Inês Souza Bravo (1996), uma das poucas produções completas e aprofundadas que discute o serviço social na área da saúde. A razão dessa retomada histórica vem no sentido de entender como a profissão foi apropriando-se dos aspectos sociais relacionados ao processo saúde/doença.

O trabalho tem como recorte privilegiado o período de 1964 até 1990, principalmente, porque após 1964 o serviço social, como profissão sofreu profundas modificações que tiveram rebatimentos na prática profissional dos assistentes sociais na área da saúde, com novas exigências advindas da prática de saúde e da reorganização institucional do setor, dos movimentos sociais e da conjuntura em questão. Também por ser um tempo caracterizado por grandes transformações na área e nas políticas públicas de saúde. Época que toma forma a elaboração do Projeto de Reforma Sanitária. Esse processo de mudança ocorrido no interior da profissão, se deu de forma articulada às transformações vividas pelo país da ditadura à transição política democrática.

O serviço social, como profissão, ampliou sua atuação na área da saúde em decorrência do aparecimento do complexo previdenciário de assistência médica. Em 1966, com a estruturação do INPS, o serviço social⁷ passou para o nível de coordenadoria. Com o

⁷ “Concretizada a instalação do INPS, impunha-se ao Serviço Social a tarefa de unificar os diferentes programas herdados dos ex-IAP’s e implantar uma nova programação. As primeiras orientações [...] referiam-se às atividades de: Interpretação da Previdência Social, Cadastramento de Recursos, Funcionamento dos Centros Sociais de Pessoal e das Unidades de Orientação e Triagem. Posteriormente, foram programadas atividades de intercâmbio com empresas e associações de classes. Em muitas Regionais essas atividades quando desenvolvidas junto a

aumento de suas atividades e programas, foi criada a Secretaria do Bem Estar, com o objetivo de promover atividades assistenciais de caráter educativo, visando a integração social do beneficiário (BRAVO, 1996).

O serviço social, em 1967, foi regulamentado nos órgãos de assistência médica da previdência e, segundo Bravo, tinha as seguintes ações: “individuais, de caráter preventivo e curativo; grupal, de caráter educativo-preventivo; comunitária, para viabilização de recursos e reintegração dos pacientes à família e ao trabalho” (1996, p. 90). Foi ressaltada também a contribuição do profissional de serviço social em equipes interprofissionais, a fim de fornecer dados psicossociais para o diagnóstico, tratamento e alta do paciente e a participar em pesquisas médico-sociais.

A ampliação da assistência médica previdenciária tornou-se um dos campos definidos de atuação do assistente social, o que impulsionou o processo de expansão e normatização do serviço social na instituição. Com a aprovação, em 1960, da Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS, foi criado, em nível central, o Departamento de Serviço Social. Os profissionais dessa época detinham suas ações a um padrão técnico de atendimento às necessidades de assistência médica.

Em 1961, no II Congresso Brasileiro de Serviço Social, em grupo de discussão, definiu-se “como objeto de ação profissional relacionar a doença aos aspectos emocionais, psicológicos e sociais, centralizando-se nas múltiplas implicações desses fatores, que impedem a preservação da saúde, o tratamento da doença ou retardam a convalescença” (BRAVO, 1996, p. 91).

entidades classistas de trabalhadores, abrangiam: discussão da recente formulação previdenciária, estímulo à aceleração de convênios destas entidades com o Instituto para a prestação de assistência médica, quando não se incentivava a confecção de cartões de inscrição de beneficiários na Associação Médica, por estas entidades para posterior conferência no Posto Médico, mediante a vista e conferência da documentação. Cabia ao Serviço Social o controle das credenciais fornecidas aos sindicatos, com intuito de facilitar o acesso das lideranças sindicais às dependências do Instituto, para tratar de assuntos de interesse de seus associados” (CABRAL, 1980, p. 99).

Ainda segundo Bravo (1996), as discussões do II Congresso Brasileiro de Serviço Social, trouxeram um aspecto inovador para a ação profissional do assistente social na área da saúde que foi o estímulo às abordagens grupal e comunitária e também a sinalização para o enfoque em saúde pública na prevenção, proteção e recuperação da saúde. No entanto o mercado profissional cresceu somente na atenção à saúde individual, na previdência social e não na saúde coletiva.

Aprovou-se o Plano Básico de Ações do Serviço Social na Previdência⁸. Esse Plano Básico define a política de ação do assistente social e caracteriza o serviço social como uma das atividades-fim do INPS. O assistente social tem por meta a mobilização da capacidade dos indivíduos, dos grupos e das comunidades, visando a integração psicossocial dos beneficiários. O serviço social do INPS tem como especificidade atuar junto aos beneficiários (segurado ou dependente) com programas em nível de prática direta, administração, planejamento e política social concentrando sua atuação na área da saúde, previdência e trabalho (BRAVO, 1996).

O Plano Básico de Ações do Serviço Social na Previdência delimitou a programação do serviço social na saúde, especificando os objetivos e a clientela, além de um conjunto de regras. Foram enfatizadas as seguintes ações para o assistente social:

recuperação dos segmentos incapacitados, focalizando os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico e na manutenção de benefícios; atuação integrada na clínica pediátrica, centrada nos fatores psicológicos, sociais e econômicos responsáveis pelo alto índice de morbidade e mortalidade infantil; no sistema de proteção e recuperação da saúde incidindo sobre os fatores psicossociais e econômicos que interferem no tratamento médico (BRAVO, 1996, p. 92).

Dentre as ações do assistente social, o trabalho com os beneficiários incorporados à previdência, sem alterações da forma de financiamento da instituição e da melhoria das

⁸ A aprovação do Plano Básico de Ação do Serviço Social se deu pela resolução INPS nº 401.4 de 07/02/72 (CABRAL, 1980).

condições de saúde, fez com que o serviço social sentisse a necessidade de se capacitar para atender aos novos desafios. A maior preocupação dos profissionais, na área da saúde, centrava-se no aperfeiçoamento do instrumental técnico-operativo e das funções e atribuições do assistente social. O que os profissionais não conseguiram, entretanto, foi um maior aprofundamento teórico na análise, a fim de orientar uma prática mais eficaz, ficando apenas na descrição das atividades (BRAVO, 1996).

O serviço social na área da saúde, recebendo influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, vai concentrar sua ação na prática curativa, principalmente, na assistência médica previdenciária. As ações na área da saúde pública não foram enfatizadas.

Segundo Bravo (1996), a prática profissional dessa época enfatizava as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais, a concessão de benefícios concedidos como doação e não como direitos. A dimensão educativa da prática profissional foi destacada através das funções terapêuticas, preventivas e promocionais que objetivavam o controle do trabalhador, responsabilizando-o pela melhoria de sua saúde, reduzindo a ação a modelos e técnicas desarticulados dos determinantes da questão social.

As alterações na política de saúde, advindas da conjuntura em que foram gestadas, implicando a reafirmação da subordinação da profissão às necessidades da política de dominação e controle das forças trabalhadoras, influenciaram para as modificações ocorridas no serviço social.

No período de 1974 a 1979 as ações dos profissionais na área da saúde eram dicotomizadas em dois ministérios: Saúde e Previdência Social. No Ministério da Saúde os profissionais encontravam-se fragmentados e sem uma coordenação geral. Havia um único grupo que se destacava e que estava vinculado ao Departamento Nacional da Criança.

Alguns desses profissionais se dedicaram à atividades liberais, abrindo consultórios juntamente com outros profissionais (médicos e psicólogos) e centralizando suas ações em terapia familiar. Outro trabalho desenvolvido pelo serviço social, no Ministério da Saúde, eram as comunidades terapêuticas, nos hospitais psiquiátricos, onde os assistentes sociais desenvolviam grupos operativos e terapia familiar em conjunto com outros profissionais. Já o trabalho dos assistentes sociais no Ministério da Previdência Social tinha uma coordenação nacional que defendia os princípios norteadores da ação profissional baseados no Plano Básico de Ação do Serviço Social na Previdência.

Em 1975, os profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem foram designados a desenvolver atividades de saúde comunitária. Esse trabalho se desenvolveu em clínicas, nas Unidades Médico-Assistenciais, e numa perspectiva curativa. Os assistentes sociais porém, apareceram como profissionais subsidiários, na ordem de serviço que fixa os procedimentos para a organização e funcionamento dos setores de saúde comunitária. A função profissional definida foi de identificar os fatores psicossociais que interferem no aproveitamento integral do tratamento ou que desencadeiam situações – problema e estabelecer canais de comunicação com a comunidade (BRAVO, 1996).

Os assistentes sociais não enfatizaram o trabalho na saúde comunitária. Apenas um pequeno número de profissionais conseguiu desenvolver algumas atividades educativas nas clínicas e ambulatorios. Isso permitiria uma discussão global dos determinantes das condições de saúde, como também permitiria abrir a instituição à comunidade, viabilizando a participação, tendo por suporte a gestão popular das instituições públicas.

A saúde coletiva não era caracterizada como espaço de intervenção do assistente social, tanto pela instituição como pelos próprios profissionais, “a ação do serviço social na saúde continua sendo uma atuação psicossocial junto a pacientes e familiares” (BRAVO, 1996, p. 102). Ou seja, uma intervenção que desenvolve ações restritas e subsidiárias.

Em 1976, o Plano Básico de Ação do Serviço Social na Previdência começa a ser questionado pelos profissionais da instituição e por iniciativa da Coordenação do Serviço Social iniciou-se um processo de estudo e avaliação dos programas de serviço social do INPS, em nível nacional.

Com a separação INPS e Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS formou-se um grupo de assistentes sociais para estruturar o serviço social no INAMPS. A proposta elaborada pelo serviço social do INAMPS considerava a ação profissional na saúde como fundamental, tanto nos serviços especializados (unidades médico-assistenciais), como no nível comunitário, na promoção e prevenção da saúde. Porém, os profissionais não ficaram na mesma posição administrativa, na estrutura central da instituição, como o serviço social do INPS. Segundo Bravo (1996), isso leva a questionar qual a importância do serviço social na saúde e na previdência social – maior empregador dos assistentes sociais. De um lado percebe-se que a ação do serviço social é considerada subsidiária, não conquistando posição na estrutura e, de outro lado, que a luta dos profissionais da instituição foi reduzida.

É importante destacar, que nesse período, as ações profissionais dos assistentes sociais, na área da saúde que tiveram ênfase foram as “funções terapêutica, preventiva e socializante do ‘serviço social de caso’, primordialmente. A abordagem grupal é ressaltada basicamente para a atuação com a família e a ação comunitária é apenas sinalizada” (BRAVO, 1996, p. 104).

Nesse período também ocorreram dois eventos de serviço social na área da saúde. O primeiro deles, em 1978, em Florianópolis, o I Congresso Brasileiro de Serviço Social

de Saúde. As discussões centrais do evento foram as funções do serviço social no campo da saúde, onde Silvia Lopes⁹

enfoca o fenômeno doença a partir das relações vividas e, em particular das relações no seio do grupo familiar. A saúde exige a busca contínua, para cada pessoa e para todos os homens, de um bem-estar físico, emocional e social. Na relação 'profissional-cliente', o assistente social passa a compreender as 'estruturas do vivido' a partir da descrição das situações do cotidiano, em nível de todos os participantes que ocupam lugares singulares num mesmo objeto de estudo (BRAVO, 1996, p. 104).

Enfatiza ainda que a função do assistente social

é de oferecer uma ajuda psicossocial às pessoas envolvidas no processo da medicina preventiva ou curativa, através do instrumento dialético de compreensão. A autora ressalta a colaboração do profissional no planejamento, na organização e administração dos programas, enfatizando que deve ter uma ação humanizadora (BRAVO, 1996, p. 104).

O segundo evento realizado foi o III Congresso de Assistentes Sociais, em São Paulo, em 1979. As duas mesas do evento que discutiram a questão da saúde foram compostas: por representantes do movimento sanitário, da burocracia governamental, de médicos progressistas e um usuário dos serviços de saúde. A primeira mesa, com os representantes do movimento sanitário e do governo realizou a análise crítica da política de saúde. Foram salientadas também a dicotomia entre saúde curativa e coletiva, o centralismo, o burocratismo e a privatização das ações. Foram levantadas como proposição a necessidade de uma rede básica de serviços, a municipalização, a hierarquização e as ações interinstitucionais. Ao final da mesa o debate foi insuficiente, demonstrando o desconhecimento e pouca profundidade dos assistentes sociais em relação ao tema. E a segunda mesa composta por médicos progressistas e um usuário dos serviços de saúde que enfatizaram a determinação social da doença, o caráter da instituição saúde na sociedade

⁹A elaboração de Silvia Lopes foi uma das primeiras contribuições da perspectiva fenomenológica na área da saúde.

capitalista, a medicalização, e o paciente como objeto da ação dos profissionais. O debate também foi superficial.

A falta de um debate substancial sobre as mudanças e transformações que vinham ocorrendo na política de saúde, e principalmente sobre a determinação social da doença, explicita a concepção reduzida do que seja a saúde no interior da categoria profissional. Houve uma dificuldade, não somente dos assistentes sociais mas de todas as categorias de profissionais de saúde, em entender que a saúde também envolve identificar e considerar o contexto que o usuário se encontra, quais as dificuldades, como os aspectos político, econômico, social, cultural e ideológico interferem no modo de vida dos usuários que procuram atendimento à saúde.

Bravo (1996), aponta duas produções relativas à saúde nesse período: Berezovski (1977)¹⁰, que traz uma contribuição sob o ponto de vista administrativo, não problematizando a instituição hospitalar e o serviço social na realidade brasileira; e Nicoletti (1979)¹¹, que ao focar a planificação em saúde e a participação comunitária aborda questões que também estão presentes na discussão do movimento sanitário, como o planejamento em saúde, executado pela tecnocracia, que não visualiza as causas estruturais, tendo como consequência não responder as necessidades de saúde da população.

O serviço social na saúde não alterou a orientação dos projetos de ação profissional, mesmo com o processo organizativo da categoria e do aparecimento de outras direções para a profissão. Nem o movimento sanitário, que através de seus representantes, apresentava propostas teórico-práticas para o enfrentamento da questão da saúde teve repercussão no meio profissional do serviço social da área. Os assistentes sociais

¹⁰ BEREZOVSKI, Mina. **Serviço Social médico na administração hospitalar**. São Paulo: Cortez & Moraes, 1977.

¹¹ NICOLETTI, Lenita. **Planificação em saúde e participação comunitária**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, ano I, nº 1, set. 1979.

continuaram a trabalhar na execução terminal das políticas de saúde, não buscaram participar da “elaboração das estratégias e táticas forjadas pelos representantes do ‘movimento sanitário’, de forma a nortear sua ação, ampliando-a em diversos níveis: elaboração da política, contato parlamentar, articulação sindical, produção teórica na área” (BRAVO, 1996, p. 113). Ficaram marginalizados, não participando nem sendo solicitados para contribuir nas alterações ocorridas no aparelho do Estado e no processo de reelaboração do setor de saúde. Dois determinantes contribuíram para essa marginalização: a subalternidade pela condição feminina e pela área da saúde ter como principal protagonista o médico, as demais profissões foram consideradas paramédicas.

Em 1984 é criado um grupo de trabalho, pelo secretário de medicina social do INAMPS, com o objetivo de elaborar estudos e formular propostas e diretrizes gerais para estruturar o serviço social e suas atividades na instituição. O documento elaborado pelo grupo

ênfatisa a necessidade de intensificar as ações preventivas no setor público, [...] se caracterizou a ação profissional nas relações sociais buscando o atendimento dos interesses e necessidades da população previdenciária através da efetivação e ampliação dos direitos de cidadania. Algumas estratégias são consideradas fundamentais: prioridade às ações coletivas; criação de mecanismos de participação da população previdenciária; atuação numa perspectiva de globalidade, baseada na análise da realidade social e seu contexto histórico; articulação com diversos segmentos institucionais, dirigentes e dirigidos, tendo em vista a reformulação da política de saúde (BRAVO, 1996, p. 114).

Nesse período, alguns assistentes sociais começam a se sensibilizar pelo trabalho em saúde coletiva, visualizando a importância de atuar em centros de saúde e ambulatorios, enfocando os determinantes sociais da questão. Considerava-se necessário um embasamento teórico que contemple conceitos norteadores como, por exemplo, a revisão da concepção de saúde e da política social numa perspectiva histórica e globalizante.

A proposição era desenvolver, nos centros e postos de saúde, um trabalho de educação popular para a saúde, ultrapassando os limites da população usuária.

Trata-se de uma proposta que parte das necessidades de vida e de saber da própria população e que pretende ajuda-la a refletir sobre sua saúde, de sua família e do grupo social a que pertence. Nesse sentido isola a perspectiva de enfoque nas necessidades meramente individuais e da análise da doença apenas do ponto de vista curativo. Amplia a discussão desde o aspecto preventivo da doença, o que pressupõe uma reflexão mais abrangente, correlacionada a questão social (VÁRIOS AUTORES, 1984, p. 148).

E com o avanço do conhecimento da questão da saúde, a população terá condições de participar de ações que alterem os serviços de saúde e as condições sanitárias. É também uma proposta que não esgota a possibilidade de ação dos profissionais e grupos de saúde, mas que pretende ampliar em direção aos movimentos sociais existentes que lutam por melhores condições de vida.

Por sua vez o serviço social, como um profissional que está na intersecção da política implementada pela instituição e os interesses da população usuária e por ser um dos profissionais que acompanha mais de perto a contradição entre necessidades e interesses da população e a instituição que lhe presta serviços, “deve mediatizar essa prestação de serviços numa perspectiva de compromisso com os interesses das camadas populares, com o objetivo de contribuir para a melhoria das condições de vida dessa população” (VÁRIOS AUTORES, 1984, p. 149).

O serviço social, no período de transição política, entre 1985 e 1990, continuou na execução terminal das políticas sociais. A mobilização através de seminários e encontros promovidos pelas entidades de saúde pública, com o objetivo de elaborar propostas alternativas de políticas sociais de saúde não ocorreu no interior da profissão.

Na transição política, cresceu o número de trabalhos do serviço social relativo a área da saúde. Segundo Bravo (1996), no V Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais - CBAS, por exemplo, foram apresentadas treze teses discutindo a temática saúde. A maioria

com conteúdo crítico a respeito da temática e sugerindo como estratégia de ação: a defesa do direito à saúde; a participação do usuário na instituição e na elaboração de programas; a atuação em equipes interprofissionais; a valorização do saber popular e o resgate da experiência cultural do cidadão; a articulação com movimentos populares; o reconhecimento da vinculação entre o problema específico do fenômeno saúde/doença e a condição sócio-econômica que o gera.

Algumas áreas são consideradas significativas para a ação profissional: materno infantil, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde comunitária e programas desenvolvidos nos centros de saúde.

Já no VI CBAS foram apresentadas sete teses abordando a área da saúde, foram publicados cinco artigos na Revista Serviço Social e Sociedade, nem todos escritos por assistentes sociais. Além das publicações feitas pelo CELATS nos *Nuevos Cuadernos*.

Na transição democrática o serviço social procurou se articular com as entidades da categoria para reforçar sua prática. Entretanto os profissionais não ocuparam postos significativos no aparelho estatal e as experiências em estados e municípios ainda eram incipientes, mas deram uma contribuição, embora pequena, à politização da saúde nos fóruns de discussão e nos trabalhos efetuados nas instituições e junto aos movimentos populares. O engajamento dos assistentes sociais também foi pequeno com relação a norma constitucional e quanto a mudança das práticas institucionais.

Como já apontamos, historicamente a atuação do serviço social na área da saúde desenvolveu-se no âmbito curativo e com abordagem individual através do serviço social de caso. Já a preocupação com a área da saúde enquanto uma questão política se deu no final dos anos de 1980 e início da década de 1990.

A década de 1990 foi marcada por avanços significativos, no aspecto institucional, ✶ para a profissão de serviço social. Foram promulgados o novo Código de Ética do

Assistente Social e a nova Lei de Regulamentação da Profissão, Lei nº 8662/93, em 1993. Nesse mesmo ano o profissional de serviço social, devido sua importância nos serviços de saúde, foi considerado uma profissão da área da saúde através da Resolução CNS nº 38 de 4 de fevereiro de 1993. Esta conquista foi resultado do posicionamento enfático do Conselho Federal de Serviço Social – CFESS pela inserção do assistente social na área da saúde. E em 1996 foram aprovadas as novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação de serviço social.

Na área da saúde esta década foi marcada pela implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país, que causou intensa tensão entre o direito à saúde e a ofensiva neoliberal.

{ O serviço social, mesmo sem intervenção no movimento sanitário, reconheceu internamente, como categoria, a defesa estratégica do SUS (MATOS, 2000). O assistente social no SUS atua, principalmente, dentro de duas frentes importantes que colaboram com a efetivação e consolidação do sistema: no controle social – fortalecendo a organização política e as lutas dos movimentos populares da área da saúde e na democratização e universalização dos serviços de saúde. }

Papel do AS no SUS

Porém, dentro da área da saúde, identificam-se hoje dois projetos políticos: o projeto privatista e o projeto da Reforma Sanitária. Tanto um como outro apresentam diferentes requisições para o serviço social.

O projeto privatista vem requisitando ao assistente social: seleção sócio-econômica dos usuários, com vistas à exclusão e não à inclusão; atuação psicossocial através de aconselhamento; ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde; assistencialismo, através da ideologia do favor; predomínio de práticas individuais, atividades burocráticas e gerenciamento das unidades na direção da redução dos gastos; 'inovações gerenciais' articuladas às técnicas de auto-ajuda, que objetivam a redução da oferta de serviços e benefícios públicos.

[...] o projeto de reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: construção de um novo modelo de gestão; articulação ensino-pesquisa-assistência; busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde; atendimento humanizado; estratégias de interação da instituição de saúde

com a comunidade; interdisciplinaridade; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo a participação cidadã (MATOS, 2000, p. 65).

A perspectiva de um projeto de saúde privatista para o país avança na medida em que avança também o projeto neoliberal através da implantação de políticas e programas seletistas e compensatórios que excluem a universalidade do atendimento à saúde a toda a população.

No que se refere à sistematização do debate do serviço social na área da saúde, segundo Matos (2000), na década de 1990 houve diversas publicações de artigos na Revista Serviço Social e Sociedade; várias apresentações de trabalhos sobre o tema em todos os congressos que envolveram o serviço social; a publicação do livro de Maria Inês Souza Bravo (1996), uma importante contribuição sobre a relação com o movimento de Reforma Sanitária e o surgimento das revistas temáticas em serviço social e saúde – Revista Serviço Social Hospitalar (Hospital das Clínicas da USP – 1994) e Revista Superando Desafios (Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ – 1997).

Matos (2000), aponta também o crescimento da discussão da saúde nos cursos de pós-graduação (mestrado e doutorado) de serviço social e do debate da saúde em eventos da categoria, como foi o caso do I Encontro Nacional de Saúde e Serviço Social, em 1994, Encontros Nacionais de Pesquisadores em Serviço Social – ENPESS, em 1996 e 1998 e o I Encontro sobre Serviço Social na esfera da Seguridade Social no Brasil, em 1997.

O crescimento da discussão da temática saúde, no interior da profissão, nos anos de 1990, sinaliza uma mudança na perspectiva de trabalho dos assistentes sociais nessa área. Ou seja, as ações profissionais assumem um caráter mais ético-político, diferentemente do período de 1964 até o final da década de 1980, onde as ações profissionais se caracterizaram muito pela preocupação com a dimensão técnico-operativa reduzidas a

modelos desarticulados dos determinantes da questão social e marcadas pelo não aprofundamento teórico da discussão da questão da saúde.

2.2 O REDIMENSIONAMENTO DO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL E OS NOVOS DESAFIOS NA ÁREA DA SAÚDE

Nas duas últimas décadas o serviço social, como profissão, materializou novas conquistas teórico-práticas e ético políticas rompendo com as fundamentações tradicionais e conservadoras reafirmando um novo perfil que substituiu o perfil predominante histórico do assistente social que implementa e executa, de forma terminal, as políticas sociais e que atua diretamente com a população usuária por um profissional competente teórica, técnica e politicamente (SARMENTO, 2000).

A crítica às velhas concepções tradicionais e conservadoras levou o serviço social a construir e consolidar uma outra concepção que considera os elementos contextuais exteriores à prática profissional, vinculada aos seus papéis sociocupacionais, que estão determinados pelas contradições histórico-sociais. O elemento privilegiado nessa nova concepção, segundo Iamamoto (1999a), é a compreensão da emergência do serviço social como profissão resultante das relações sociais, em particular o conjunto de relações de classe na sociedade capitalista. Também segundo Sarmento (2000), o serviço social passa a ser visto, enquanto profissão, como uma atividade prática mediadora no seio da prática social, no conjunto dos mecanismos constitutivos de um projeto de controle social de bases políticas e sociais definidas.

(Exigência p/ o trabalho na área)

Iamamoto (1999a), aponta como um dos maiores desafios, ao profissional de [↑] serviço social, o desenvolvimento de sua capacidade de decifrar a realidade e construir

propostas criativas e capazes de preservar e efetivar direitos a partir de demandas emergentes do cotidiano. Para tanto se exige hoje

um trabalhador qualificado na esfera da execução, mas também na formação e gestão de políticas sociais, públicas e empresariais: um profissional propositivo, com sólida formação ética, capaz de contribuir ao esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los, dotado de uma ampla bagagem de informação, permanentemente atualizada, para se situar em um mundo globalizado (IAMAMOTO, 1999a, p. 113).

O conjunto de novas configurações e demandas para a atuação dos assistentes sociais requer a ruptura com as atividades rotineiras e burocráticas que reduz o trabalho ao cumprimento de atividades preestabelecidas. “O exercício da *profissão* envolve a ação de um sujeito profissional que tem competência para propor, para negociar com a instituição os seus projetos, defender o seu campo, suas qualificações e funções profissionais”(IAMAMOTO, 1999a, p. 113).

Considerando que o exercício profissional do assistente social se dá principalmente no âmbito das relações entre o Estado e a sociedade civil, no marco de uma sociedade de classes, e que este vende sua força de trabalho especializada para entidades empregadoras, não somente o Estado, mas também para empresas privadas, entidades filantrópicas e outras organizações, exige-se que este profissional vá além das rotinas institucionais e que busque, a partir do movimento da realidade, detectar tendências e possibilidades de produzir serviços sociais que atendam as necessidades da população (IAMAMOTO, 1999a).

Pois a partir do seu trabalho e de suas ações incide nas condições materiais e sociais daqueles cuja sobrevivência depende do trabalho, ou seja, a ação profissional do assistente social tem um efeito no processo de reprodução da força de trabalho através da prestação de serviços sociais em diversas áreas como saúde, habitação, educação e outras. Mas as ações do serviço social possuem ainda um caráter, que não é material, que se caracteriza como social pois é um profissional que influencia o campo dos valores, dos

comportamentos, da cultura, interferindo na realidade cotidiana dos sujeitos. O serviço social é uma profissão com ações comprometidas com os interesses da população trabalhadora nos seus mais diversos segmentos, preservando e fomentando os ganhos obtidos na constante busca de uma sociedade com menos desigualdades sociais, mais igualitária e democrática (IAMAMOTO, 1999a).

Iamamoto (1999, p. 68) considera que os resultados das ações profissionais do assistente social “são objetivos, embora nem sempre se corporifiquem como coisas materiais autônomas, ainda que tenham uma *objetividade social* (e não material), expressando-se sob a forma de *serviços*”. Assim, as ações do profissional de serviço social voltam-se à produção e reprodução da vida material e subjetiva.

O serviço social é, portanto, um trabalho especializado expresso sob a forma de serviços que tem produtos: interfere na reprodução da força de trabalho, tanto na dimensão material, como sociopolítica e ideocultural, buscando reconstruir as relações sociais mediante as ações que desenvolve (IAMAMOTO, 1999). A postura profissional implica retraduzir os valores ético-políticos, os modos de pensar e agir da população com que trabalha, contribuindo para a defesa e consolidação dos direitos, em especial, aos direitos sociais.

Os serviços, particularmente os voltados à satisfação das necessidades de reprodução material da força de trabalho, não se corporificam como mercadoria, não representam trabalho social materializado.

Servem [...] em uma relação de exterioridade com o usuário, para recuperar, preservar ou tornar melhor um bem, ou alguma coisa que já possui [...] servem ao usufruto mais pessoal, em uma relação direta com a personalidade do usuário, em que o sentido de utilidade está condicionado estreitamente por valores e comportamentos socialmente reconhecido (NOGUEIRA apud COSTA, 2000a, p. 100).

Como aponta Costa (2000a), os serviços transitam de serviços pessoais (trabalhos domésticos) para serviços coletivos como resultado das necessidades ligadas à produção

(transporte ou distribuição) para alcançar expressividade máxima na sociedade contemporânea através da expansão das atividades como saúde, por exemplo. A autora coloca ainda que este processo de transição não é mera evolução das atividades de serviços, mas sim está vinculado ao desenvolvimento das forças produtivas e ao processo de constituição de novas necessidades coletivas, que passam a ser interesse do capital, tornando seu atendimento uma atividade lucrativa.

A existência de serviços sociais voltados para o atendimento das necessidades sociais expressa o poder que tiveram as lutas dos trabalhadores pelo seu reconhecimento, porém tal reconhecimento não é independente das necessidades do capital, uma vez que a expansão e oferta mercantilizada destes serviços sociais foi determinada pela incorporação, pelo capital, das necessidades de reprodução da força de trabalho.

{ O assistente social ao trabalhar no “campo da prestação de serviços sociais governamentais, ao operar com o fundo público, participa do processo de redistribuição da mais valia social. Aí seu trabalho se inscreve também, no campo da defesa e/ou realização de direitos sociais de cidadania, na gestão da coisa pública” (IAMAMOTO, 1999a, p. 114).

A autora aponta a contribuição da profissão para o partilhamento do poder e sua democratização, juntamente com inúmeros outros protagonistas, na criação de consensos na sociedade. Consensos não à adesão do instituído, no reforço da hegemonia vigente, mas também criando consensos em torno dos interesses e lutas das classes subalternizadas, na criação de uma contra-hegemonia que reforce os interesses dos segmentos majoritários da coletividade.

Porém, reconhecendo que são inúmeros os obstáculos que a profissão enfrenta para uma prática transformadora este é um profissional que busca na realidade social elementos que viabilizem um processo de ruptura com *status quo*. Neste sentido tem muito a contribuir, através de sua intervenção profissional, com a consolidação do direito à saúde,

preconizado no movimento de Reforma Sanitária e principalmente para a garantia dos princípios e diretrizes do SUS.

A consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e conseqüentemente do direito à saúde em si, de forma universal e integral, implica uma visão de totalidade do sistema, principalmente, mas não só, dos profissionais da área. As ações e serviços de saúde não podem ser vistas de forma isolada, prevê intervenções profissionais em todos os níveis do sistema e que estejam em contínua comunicação, ou seja, que efetivem o canal de referência e contra-referência para que possam ser atendidas as reais demandas de saúde da população. Essa visão ampliada, de totalidade do sistema de saúde, por parte dos profissionais torna-se importante e necessária, principalmente, a partir da consolidação do conceito de saúde estabelecido pela VIII Conferência Nacional de Saúde, passam a ser determinantes e *ingredientes sociais* do processo saúde/doença, as condições de habitação, educação, lazer, transporte, trabalho e outras áreas da vida humana.

Nesse sentido

O Serviço Social se insere, portanto, na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção da saúde, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo, neste sentido, em todos os níveis nos programas de saúde.

O Assistente social, como profissional da saúde¹², tem como competência intervir junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos, que reduzem a eficácia dos programas de prestação de serviços no Setor, que seja a nível de promoção, proteção, e/ou recuperação da saúde (CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS, 1990).

no âmbito do trabalho de assistência de saúde. (O trabalho do assistente social).

* O assistente social, inserido na área da saúde, tem a contribuir na direção da

objetivação dos direitos sociais e na construção de novos sujeitos coletivos que realizem seus direitos. Também no trabalho com os usuários como sujeitos de direito, contribui para o acesso à saúde como direito social. Este trabalho, no entanto, exige do assistente social a capacidade de “captar o que há de social relacionando a questão da saúde, para além da

¹² A Resolução CNS nº 38 de 4 de fevereiro de 1993, considerando a importância dos profissionais Biólogos, Médicos Veterinários e *Assistentes Sociais* nos serviços da área saúde, considera que estas profissões, em suas normas legais, estão inseridas no campo da saúde.

dor, do sofrimento, da informação pontual para resolver problemas emergenciais, [...] mínimos para a sobrevivência” (VASCONCELOS, 2002, p. 450), explicitando que a ausência de trabalho, educação, saneamento básico, habitação e alimentação adequada, cultura e lazer no cotidiano significam ausência de doença.

⊗ Cabe ao Serviço Social na área da saúde, tematizar, publicizar e ampliar o direito à saúde, possibilitando a busca da saúde e atenção à saúde pelo paciente/usuário do serviço público mediadas pelo direito à oferta de serviços que a própria população desconhece, pelo direito ao saneamento, pelo direito às condições de trabalho, às condições e estilos de vida (cultura), à educação em saúde, como direitos sociais e obrigação do Estado (VASCONCELOS, 2002, p. 443).]

Importância / quanto que o profissional de serviço social

Cabe também ao assistente social colocar os reais interesses e necessidades dos usuários dos serviços de saúde no centro da discussão, principalmente, por ser um profissional que tem o contato com as perspectivas do cotidiano do usuário e por ser mediador entre estes e a instituição. Tem como dever ético e político defender que suas demandas sejam atendidas pelo sistema, que os serviços de saúde as considerem como prioritárias. Ou seja, avançar na direção dos interesses e necessidades dos usuários, exige do assistente social, mediar a discussão do que está sendo vivenciado pela população, como por exemplo, a qualidade, os critérios e as exigências para o acesso às ações, serviços e rotinas de saúde, com o que está assegurado formalmente.

⊗ ^{- O que representa para o usuário?} A busca pela ^{garantia} da qualidade na prestação dos serviços de saúde, na perspectiva de assistência universal e integral à população pressupõe ainda que o assistente social, conforme o assegurado pela Lei de Regulamentação da profissão e pelo Código de Ética profissional, potencialize a participação social, a organização e capacitação direta ou indireta dos usuários nos Conselhos de Saúde. E sua participação, como profissional, atuando no âmbito dos Conselhos de Saúde, contribuindo ao socializar

informações que subsidiem a formulação/gestão de políticas e o acesso a direitos sociais; ao viabilizarem o uso de recursos legais em prol dos interesses da sociedade civil organizada; interferem na gestão e avaliação daquelas políticas, ampliando o acesso à informação a

na área de saúde no âmbito do serviço social

indivíduos sociais para que possam lutar e interferir nos rumos da vida em sociedade (IAMAMOTO, 1999, p. 69).

No entanto, para que a contribuição do assistente social faça avançar a esfera pública e a participação da sociedade civil organizada no controle social do Estado, é preciso que os profissionais estejam qualificados, tanto do ponto de vista teórico-técnico como ético-político.

Segundo Raichelis (2000, p. 68), para tanto é fundamental a ação do serviço social em dupla ação: 1) impulsionar o movimento que se organiza em torno da defesa das políticas sociais, propondo novas estratégias para o enfrentamento das demandas sociais conjunturais, a partir da inserção dos assistentes sociais no aparato institucional onde se desenvolve o trabalho profissional; e 2) colaborar para a sistematização das experiências e para o adensamento da produção teórica no âmbito das políticas sociais, articulados à análise das tendências macrossocietárias que iluminam estrategicamente os rumos a serem perseguidos.

Dependência dentro de um por. de todo o ps.
 { Esse contexto exige do profissional de serviço social sua participação e inserção nos processos de trabalho desenvolvidos no âmbito do SUS, em todos os níveis de atendimento e na composição das equipes dos serviços públicos de saúde, com o objetivo maior de consolidar a garantia do direito à saúde. }

Segundo Costa, as principais demandas do serviço social dentro do SUS advém das contradições presentes no processo de racionalização/reorganização do sistema, ou seja, “as necessidades da população confrontam-se com o conteúdo e a forma de organização desses serviços” (2000, p. 41). Ao atender as necessidades imediatas e mediatas da população, o serviço social na saúde, incide sobre as principais contradições do sistema.

Nesse sentido, não somente o contexto de redimensionamento e modificação do trabalho do assistente social, mas também as tensões existentes entre as ações tradicionais

da saúde e as novas proposições do SUS, determinam o âmbito de atuação do serviço social. Costa (2000, p. 45-46) define que as atividades prioritárias do serviço social, dentro do SUS, concentram-se nos seguintes campos de atividade ou eixos de inserção do trabalho profissional:

- 1) *Ações de caráter emergencial*: exigem a mobilização e articulação de recursos humanos e materiais dentro e fora do sistema público e privado. São situações que os mecanismos institucionais existentes não absorvem rotineiramente e relacionadas às condições de vida da população, ao déficit de ofertas dos serviços para atender às demandas;
- 2) *Educação e informação em saúde*: atividades que consistem em orientações e abordagens individuais ou coletivas/grupais ao usuário, à família e à comunidade no sentido de esclarecer, informar e buscar soluções às problemáticas que envolvem a colaboração destes na resolução de problemas de saúde;
- 3) *Planejamento e assessoria*: ações voltadas ao processo de reorganização do trabalho do SUS na: 1) assessoria e planejamento local das unidades de saúde; 2) instrumentalização dos processos de avaliação e controle das ações realizadas na unidade; 3) fortalecimento de informações sistematizadas sobre a operacionalização do sistema junto aos administradores de unidade, conselheiros de unidade e a comunidade, necessários aos processos de avaliação e redirecionamento de ações e 4) treinamento, preparação e formação de recursos humanos;
- 4) *Mobilização da comunidade*: consistem em ações educativas, voltadas para a sensibilização, politização e mobilização da comunidade em função da instalação e funcionamento dos conselhos locais, municipais e estaduais de saúde e do

engajamento de lideranças na organização de trabalhos educativos voltados para a prevenção e controle de endemias e epidemias¹³. } .

O assistente social se insere nos processos de trabalho em saúde como um agente de interação ou como um elo entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas setoriais a fim de assegurar os princípios e diretrizes do sistema. }

¹³ Epidemia: “aumento brusco, significativo e transitório da ocorrência de uma determinada doença numa população. Quando a área geográfica é restrita e o número de pessoas atingidas é pequeno, costuma-se usar o termo surto” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985, p. 14).

3 AS AÇÕES PROFISSIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL E A CONSOLIDAÇÃO DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

3.1 PROCEDIMENTOS DE LEVANTAMENTO DE DADOS

Neste primeiro momento destacaremos os motivos de termos escolhido a equipe de serviço social¹⁴ do Centro de Saúde do Saco Grande para nossa análise. A escolha da equipe de serviço social é devido a dois fatores importantes: primeiro por ser o único centro de saúde a contar com o trabalho e com profissionais de serviço social em todo o município de Florianópolis; e segundo devido ao fato de ser um local privilegiado para a formação de recursos humanos para os serviços públicos de saúde.

Um local privilegiado pois, no Centro de Saúde do Saco Grande se desenvolve o I Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família – Modalidade Residência, além deste estar inserido em dois outros importantes programas: no Programa Docente Assistencial - PDA, que proporciona a abertura para cursos de graduação, de locais de estágios, e no Programa de Saúde da Família – PSF.

A Constituição Federal de 1988 definiu a competência do SUS para ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde dando o amparo legal necessário aos serviços de saúde para buscar um ensino adequado ao sistema desejado. No processo de constituição do SUS várias propostas e projetos se sucederam na discussão da questão dos recursos humanos e a tendência reformadora que se manifestava nesta área apontava a necessidade de integração entre os sistemas utilizador e formador de recursos humanos.

¹⁴ A equipe de Serviço Social do Centro de Saúde do Saco Grande é composta por: três estagiárias do curso de graduação, sendo que duas estão desenvolvendo estágio curricular obrigatório e uma está desenvolvendo estágio curricular não obrigatório. Também trabalha e acompanha as estagiárias no centro de saúde uma assistente social supervisora de campo.

No país, várias experiências localizadas se desenvolveram, dentre elas o PDA.

Desde a década de 1980, a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC e a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis desenvolveram, através de convênios, experiências extra-curriculares com alunos da graduação da área da saúde em centros de saúde da rede municipal. Assim, em 1997, através de novo convênio, a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e a UFSC contemplaram esta disposição da Constituição Federal de 1988 que prevê como competência do SUS a formação de recursos humanos para os serviços públicos de saúde. Criaram o Programa Docente Assistencial – PDA que tem como objetivo contribuir para a formação de profissionais para trabalhar na promoção da saúde e na resolução de problemas dos diversos níveis de atenção, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, tendo como modelo assistencial a Estratégia de Saúde da Família. O programa pressupõe também ampliar a articulação entre teoria e prática, diversificar os locais de ensino-aprendizagem nos serviços de saúde, promover experiências em equipe multiprofissional e nos serviços em diversos níveis de complexidade do sistema de saúde. Tem como preocupação central superar o modelo médico hegemônico e estabelecer um processo de mudança de paradigmas no intuito de construir uma estratégia interdisciplinar na formação dos profissionais de saúde (PMF, 2003).

No PDA estão articulados todos os estágios curriculares dos cursos da UFSC que envolvem a formação de profissionais na área da saúde, tais como: Medicina, Enfermagem, Serviço Social¹⁵, Psicologia, Nutrição, Farmácia e Odontologia.

O PDA foi estruturado a partir da criação do Distrito Docente Assistencial uma área modelo entendida como o espaço mais adequado para a formação e capacitação destes

¹⁵ Destacamos que o curso de graduação de Serviço Social integra o PDA desde o primeiro semestre de 2001, quando iniciou sua experiência de estágio no Centro de Saúde da Lagoa da Conceição com a integração de uma estagiária, uma supervisora de campo e uma supervisora acadêmica, com fins de construir a proposta de estágio curricular obrigatório.

profissionais através da aprendizagem em serviços de saúde organizados em um sistema local de referência e contra-referência e organizada numa rede hierarquizada e regionalizada de unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade. A gestão do PDA se realiza através de um núcleo gestor com características técnico-administrativas e um Conselho Coordenador com características político-gerenciais (PMF, 2003; UFSC, 2002).

Os estágios curriculares dos diferentes cursos ocorrem em centros de saúde¹⁶ no âmbito do Distrito Docente Assistencial de forma integrada e com gestão integrada Universidade e Secretaria Municipal de Saúde. Particularmente, o estágio curricular do curso de graduação de serviço social da UFSC acontece no Centro de Saúde do Saco Grande, desde o primeiro semestre de 2002.

O Centro de Saúde do Saco Grande também é campo para o desenvolvimento do I Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família – Modalidade Residência¹⁷. Este curso tem como principal objetivo a formação de profissionais de saúde, através de treinamento em serviço, para o desempenho de suas atividades no SUS, baseado no modelo assistencial proposto pela Estratégia de Saúde da Família. O Curso objetiva também capacitar profissionais de saúde para: desenvolver um processo de trabalho em saúde fundamentado nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade; trabalhar com base na realidade local a fim de conhecer, analisar, aplicar e avaliar informações, habilidades e atitudes na prática em saúde da família que possibilitem a

¹⁶ Na atenção básica funcionam atualmente oito Centros de Saúde como locais de formação de alunos. Os demais centros são constitutivos do Distrito, e potenciais locais de capacitação. Os critérios de escolha das unidades tem como base a facilidade operativa e de acesso (para deslocamento de pacientes e alunos) e fluxo de serviços e de pessoas entre os diferentes níveis de atenção, e a situação de infra-estrutura das unidades onde se desenvolverá a integração (PMF, 2003).

¹⁷ O I Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família – Modalidade Residência iniciou em maio de 2002 e terá duração até maio de 2004. No município de Florianópolis existem somente duas equipes do curso em formação, uma desenvolvendo as atividades no Centro de Saúde do Saco Grande e a outra no Centro de Saúde da Lagoa da Conceição.

realização de atenção integral à saúde individual, familiar e coletiva em cada área específica de forma multiprofissional e interdisciplinar; identificar e propor alternativas de ação apropriada à realidade de saúde local através da análise do cotidiano, como verdadeiro espaço e objeto da intervenção profissional; conhecer e atuar na rede de apoio institucional social, articulando e promovendo propostas de ações integradas para a melhoria das condições de saúde da população; desenvolver o processo de planejamento e gerência local em saúde (UFSC, 2002).

A equipe de serviço social desenvolve sua intervenção articulada a equipe multiprofissional do I Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família – Modalidade Residência que é composta por três enfermeiras, dois médicos, uma assistente social, uma nutricionista, uma dentista, uma psicóloga e uma farmacêutica. Esta equipe desenvolve atividades de forma a reunir os conhecimentos dos profissionais das diferentes áreas que a compõe. Desenvolvem Atividades Gerais Articuladoras Compartilhadas, da qual fazem parte: planejamento local de saúde; gerenciamento dos planos, programas e ações; desenvolvimento de processo educativo em saúde; atenção domiciliar em saúde; acolhimento; momentos de integração; visitas a pacientes hospitalizados. Além das atividades compartilhadas, os profissionais realizam Atividades Profissionais Específicas, dentre elas destacaremos mais adiante aquelas realizadas pelos profissionais de serviço social.

É este contexto, onde a equipe de serviço social desenvolve suas ações profissionais, que escolhemos como fonte para desenvolvermos a coleta de dados empíricos que embasam nosso trabalho.

Os procedimentos de coleta de dados utilizados na pesquisa foram dois: a pesquisa documental e a observação participante.

Na pesquisa documental

existem, de um lado, os documentos de primeira mão, que não receberam qualquer tratamento analítico, tais como: documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, contratos [...]. De outro lado, existem os documentos de segunda mão, que de alguma forma já foram analisados (GIL, 1994, p. 73).

Nesta última categoria incluem-se entre os documentos analisados os relatos realizados em diários de campo; projetos de intervenção de estágio; relatórios de pesquisa; relatórios de visita domiciliar; fichas de atendimento individual; fichas de análise das Declarações de Nascidos Vivos - DN's e artigos produzidos pela equipe de serviço social. Todos os documentos analisados foram elaborados e produzidos pela equipe de serviço social do Centro de Saúde do Saco Grande.

Segundo Selltiz (1975), o uso de documentos como diários de relatórios podem conseguir revelar para o cientista social a vida vivida, sem interferência da pesquisa.

Nossa análise, a partir dos documentos produzidos pela equipe de serviço social, compreendeu o período de estágio curricular obrigatório do primeiro semestre de 2003, entre os meses de março a junho.

A outra técnica de coleta de dados utilizada foi a observação participante que, segundo Gil (1994), consiste na participação real do observador na vida de um grupo ou de uma situação determinada. Nesta pesquisa a observação participante foi realizada a partir de situações determinadas junto a equipe de serviço social como: o acompanhamento de reuniões de supervisão e de planejamento para a definição dos eixos de intervenção; de reuniões para o planejamento de oficinas; a realização de oficinas com os usuários da unidade e a elaboração de artigos sobre a experiência vivenciada pela equipe na unidade.

Dessa forma a observação participante se consistiu no contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, nos possibilitando obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. Esse procedimento nos possibilitou ainda que a discussão sobre o tema fosse realizada a partir das ações desenvolvidas pela equipe de serviço social.

Para a realização da observação participante o local escolhido foi o Centro de Saúde do Saco Grande, como já citamos anteriormente, e sua escolha ocorreu por dois motivos: 1) por ser o único centro de saúde a contar com o trabalho e com profissionais de serviço social em todo o município de Florianópolis; e 2) devido ao fato de ser um local privilegiado para a formação de recursos humanos para os serviços públicos de saúde, pois o centro de saúde é campo do PDA e do I Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade Residência.

Após termos definido o Centro de Saúde do Saco Grande como nosso local para a realização da observação participante procuramos a equipe de serviço social da unidade a fim de estabelecermos contato e apresentamos a proposta de estudo.

Por fim, para a efetivação da observação participante foi realizado o acompanhamento de situações determinadas, como já citamos a cima, durante o período de março a junho de 2003. Esta aproximação com a prática profissional da equipe de serviço social do Centro de Saúde do Saco Grande, facilitada pelas informações reunidas e sistematizadas através relatórios de observação nos permitiu os resultados e as discussões que a seguir serão apresentados.

3.2 A AÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO SACO GRANDE – PERSPECTIVAS ANALÍTICAS

O trabalho do serviço social no Centro de Saúde do Saco Grande, segundo Alves et al (2003), se realiza orientado por três princípios. O primeiro é o fortalecimento do Programa Saúde da Família como estratégia do Sistema Único de Saúde e vinculado aos seus princípios e diretrizes, objetivando o trabalho de promoção, proteção e prevenção da saúde caracterizado pelo multiprofissionalismo, fundamentado na interdisciplinaridade e na responsabilidade integral sobre a saúde da população que reside na área de abrangência do centro de saúde. A esta preocupação alia-se a necessidade de ampliar a resolutividade

da atenção primária, investindo em ações intersetoriais e na intervenção nos fatores de risco à saúde da população. A consonância com o PSF também está relacionada a humanização da assistência e o enfoque na determinação social do processo saúde-doença, através de ações coletivas ou individuais.

O segundo princípio de trabalho da equipe de serviço social está marcado pelo entendimento de família. Trad e Bastos (1998, p. 434) afirmam que, para o PSF avançar nas transformações necessárias ao modelo assistencial da saúde pública brasileira, “é imprescindível não simplificar um objeto tão complexo como a família no momento de definir e avaliar práticas de saúde. É necessário [...] reconhecer a família como espaço privilegiado de constituição, desenvolvimento, crise e resolução dos problemas de saúde individuais e coletivos”. Considerada a amplitude da definição sobre o tema “família” podemos acrescentar que

estamos diante de uma família quando encontramos um espaço constituído de pessoas que se empenham umas com as outras de modo contínuo, estável e não casual [...] Eis porque em muitas culturas se está na presença de uma família quando subsiste um empenho real entre as diversas gerações. Sobretudo quando esse empenho é orientado à defesa das gerações futuras (Saraceno, 1998).

Por fim, a interdisciplinaridade configura-se como o terceiro princípio orientador da ação do serviço social no centro de saúde. O prefixo *inter*, segundo Ferreira (1991), dentre as diversas conotações que podemos lhe atribuir, tem o significado de *troca*, *reciprocidade* e *disciplina*, de *ensino*, *instrução*, *ciência*. Para a autora, a interdisciplinaridade constitui-se como um ato de troca, de reciprocidade entre as disciplinas, ou seja, nas áreas da produção do conhecimento ou de ação. Portanto, o saber interdisciplinar nos processos de trabalho em saúde rompe com o protagonismo da atenção médica e vem atender a exigência de uma assistência que considere a singularidade e a complexidade da atenção à saúde (ALVES et al, 2003).

Segundo Franco e Merhy (2003, p. 5) a produção do cuidado em saúde implica tanto no acesso às tecnologias necessárias, como pressupõe o emprego dos conhecimentos próprios de cada profissional da saúde de maneira a articular “de forma exata seus núcleos de competência específicos, com a dimensão de cuidados que qualquer profissional de saúde detém”. Para os autores “os diversos saberes se articulam, em um emaranhado de saberes que em relações intercessoras com os usuários produzem o cuidado”.

A intersecção do trabalho de diferentes profissionais envolvidos no contexto de saúde da família acena, de maneira mais efetiva, para um atendimento integral. Para Diniz et al (2000, p. 6), implica também na valorização do trabalho em equipe, no qual o saber clínico em conjunto com o saber epidemiológico interage de maneira complementar, “sem dicotomizar a ação preventiva da curativa além de abarcar também as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida”.

{ Segundo Alves e Lima (2003c, p. 26-29), a equipe de Serviço Social, tendo em vista a proposta do PDA e do PSF na perspectiva da interdisciplinaridade e na busca de consolidar o tripé Ensino, Pesquisa e Extensão no Estágio Curricular no Centro de Saúde do Saco Grande orientou seu trabalho na UBS do Saco Grande segundo os três eixos de intervenção propostos por Mioto (2002b): } (3 eixos)

- ✓ { **Processos Político-Organizativos:** } a intervenção neste eixo consiste em ações de assessoria, mobilização e consultoria aos movimentos sociais e entidades da sociedade civil na perspectiva da universalização, da ampliação e da efetivação dos direitos socialmente adquiridos. Esta intervenção ocorre em interação com grupos sociais, especialmente junto aos movimentos populares e às lideranças comunitárias locais, de forma a participar dos interesses, da cultura, das condições de vida e da forma de atuação da comunidade com que trabalha,

contribuindo tecnicamente para o fortalecimento das iniciativas populares no processo de produção social da saúde e da vida (UFSC, 2002; ALVES, 2003b);

- ✓ **Processos de Planejamento e Gestão:** a intervenção em Processos de Planejamento e Gestão consiste no desenvolvimento de ações de assessoria e consultoria nas instituições públicas e privadas voltadas a proposição e avaliação de políticas sociais, bem como o desenvolvimento de ações voltadas para gestão e capacitação de recursos humanos e gestão da informação, organização e gerenciamento de programas, projetos e serviços (ALVES e LIMA, 2003c).

- ✓ **Processos Sócio-Assistenciais:** ações orientadas para a intervenção direta com famílias e segmentos sociais vulneráveis, cujo principal objetivo é identificar as causas das dificuldades familiares, as possibilidades de mudança e todos os recursos, tanto familiares como institucionais, que contribuam para que as famílias e segmentos sociais vulneráveis consigam articular respostas compatíveis com uma melhor qualidade de vida.

(O Serviço Social na UBS do Saco Grande tem desenvolvido as seguintes ações:

Ações Sócio-Educativas: que permitem tornar transparente, para os usuários, a estrutura dos serviços de saúde e os profissionais que atuam na UBS, bem como permitem transparência sobre o real significado das políticas sociais, especialmente a política de saúde, explicitando os meios e as condições de acessá-las (LIMA, 2003a); *Ações Sócio-Emergenciais:* desenvolvidas no sentido de atender as demandas relacionadas às necessidades básicas dos usuários; *Ações Sócio-Terapêuticas:* são aquelas desenvolvidas diante de situações de sofrimento subjetivo individual e grupal, implicando na família, e

está expresso nas suas relações ou nas de seus membros, com a intenção de alterar esta situação. São voltadas às situações sintomáticas que se manifestam através dos membros das famílias (dependência química, alcoolismo, doenças mentais e físicas) e das relações destrutivas que estabelecem (violência, por exemplo), ou através de relacionamentos de seus membros com a sociedade (atos infracionais, por exemplo) (ALVES, 2003b); *Intervenção com Redes*: que significa acionar as redes primárias e secundárias dos usuários de maneira a ampliar a intervenção tornando a demanda individual uma demanda coletiva e ampliando as estratégias de intervenção, através do Conselho Local de Saúde e das entidades sócio-comunitárias. Nesse sentido são discutidos problemas tais como o de transporte de doentes crônicos até hospitais e de volta as suas residências, o acesso a creches etc (ALVES, 2003b; LIMA, 2003a; MIOTO, 2002b).

No entanto tomaremos como base para a discussão de como as ações profissionais do serviço social no Centro de Saúde do Saco Grande vem na direção da consolidação do Sistema Único de Saúde o trabalho de Costa (2000), citada no capítulo anterior, por ser um estudo realizado no plano específico na área da saúde e por ser um dos estudos mais sistematizado e publicado no período da realização deste trabalho.

Sendo assim, segundo Costa (2000), estruturamos a intervenção profissional da equipe de serviço social do Centro de Saúde do Saco Grande a partir de quatro eixos. Estes eixos visam qualificar a ação profissional na atenção aos usuários dos serviços de saúde. Ou seja, trabalhar de forma a desenvolver uma

ação planejada por meio da qual objetivam alcançar metas e fins definidos em respostas às demandas colocadas ao serviço social: demandas institucionais e demandas dos usuários nas suas inter-relações (VASCONCELOS, 2002, p. 32).

Estas ações planejadas, acima citadas por Vasconcelos (2002), contribuem para organizar um processo responsável à transformação e superação do atendimento às demandas de forma isolada, para que de fato, durante o processo de trabalho, contribuam para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS.

O primeiro eixo de intervenção proposto pela equipe de serviço social foi o *Planejamento e Assessoria*. Neste eixo concentram-se duas ações de trabalho: 1) a construção de um banco de dados sobre as entidades que prestam assistência no município de Florianópolis e nos bairros circunvizinhos ao centro de saúde visando identificar a rede de programas e serviços assistenciais, tanto públicas como privada e; 2) a avaliação processual do serviço de atendimento pré-natal através das DN's pertencentes à área de abrangência do centro de saúde, tendo como categorias de análise sexo, peso e malformação do bebê e idade, escolaridade, estado civil e o número de consultas pré-natal feitas pela mãe. A análise das DN's permite verificar também a confiabilidade do Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB; (ALVES et al, 2003).

No que se refere a primeira ação de identificação, dos programas e serviços assistenciais através do levantamento sistematizado das entidades que prestam assistência, tanto no município de Florianópolis como na comunidade tem como objetivo maior a construção de uma rede de proteção social que dê suporte aos encaminhamentos dos profissionais de saúde da unidade. Segundo Maciel, esta rede de proteção social

[...] pode estar calcada [...] na lógica de sobrevivência de uma comunidade, e das famílias, o que em geral é permeado pelo sentimento de solidariedade. Também pode estar presente pela via filantrópica, religiosa, não governamental, que por tantos anos foi a concepção dos serviços prestados a população. A proteção social, pode ainda chegar a população através dos serviços da Rede Setorial Pública. Neste caso pode-se dar na forma de execução direta, presente em alguns municípios, ou através da parceria principalmente com a Rede Sociocomunitária (1999, p. 90).

A construção de vínculos em rede entre as diversas organizações produtoras de serviços sociais é indispensável na gestão e um determinante ético para o aproveitamento

dos recursos existentes, sejam estes públicos ou privados. O levantamento de recursos assistenciais contribui para a consolidação do princípio da integralidade das ações e serviços de saúde na medida que o levantamento destes recursos seja uma ação vinculada às políticas sociais.

Esta ação do serviço social possibilita a

{ mobilização e viabilização de recursos materiais a fim de atender as demandas apresentadas pelas famílias. A viabilização desses recursos busca alterar minimamente as situações de vulnerabilidade vivenciadas pelas famílias, onde a intervenção profissional tem por objetivo que o atendimento às famílias seja o mais integral possível (LIMA, 2003a, p11).

O levantamento dos recursos assistenciais das comunidades circunvizinhas ao centro de saúde foi realizado de forma mais detalhada visto a proximidade com a equipe de serviço social. Foram feitos o levantamento dos projetos existentes e desenvolvidos, da clientela usuária, da capacidade de atendimento de cada projeto, dos recursos humanos e financeiros que cada projeto dispõe e quais são as possibilidades de ampliação e criação de novos serviços, programas e projetos em cada instituição.

A preocupação com o detalhamento dos serviços e recursos assistenciais, no sentido de configurar/desenhar essa rede de proteção social, tem como objetivo contribuir na constituição de um instrumento consolidado de informações quantitativas e qualitativas. Informações estas sobre as possibilidades e capacidades das instituições, associações e organizações sociais da sociedade civil, sobre os programas e serviços do sistema privado e público nas diversas áreas além da saúde como: assistência social, previdência, criança e adolescente, habitação, transporte, trabalho e sobre as condições de vida e respostas socioinstitucionais à população atendida.

O banco de dados criado pela equipe de serviço social contém, além de informações claras e precisas, sobre os serviços e recursos assistenciais, informações sobre os direitos dos usuários do SUS. Isto é fundamental para que não somente o assistente social, mas

todos os profissionais de saúde possam encaminhar os usuários do sistema de forma correta e segura à continuidade do seu tratamento, efetivando não somente a referência e contra-referência dentro do SUS mas também o encaminhamento dos usuários e suas famílias a serviços, programas e projetos que viabilizem recursos materiais e sociais a fim de atender suas necessidades de saúde.

Esta construção a partir de uma prática investigativa caracterizada pelo levantamento da rede de proteção social possibilita identificar quais são os recursos disponíveis de serem acessados e ou conquistados e quais as informações necessárias a este processo. Favorece também que os profissionais de saúde da unidade tenham conhecimento, compreensão e domínio sobre os recursos assistenciais e institucionais existentes e para que de fato seus atendimentos e encaminhamentos, no interior do SUS e nesta rede de proteção social, se configurem no final num atendimento caracterizado por ações integradas e integrais. Neste sentido o levantamento de recursos sociais é um instrumento fundamental principalmente para a população usuária do SUS que terá suas necessidades de saúde atendidas numa perspectiva plena e mais completa.

{ O domínio destas informações e o “conhecimento crítico dos direitos sociais, serviços e critérios socioinstitucionais de atendimento são fatores fundamentais para a tomada de decisão e ação” (SARMENTO, 2000, p. 108) dos profissionais de saúde que visam a consolidação de um atendimento igualitário e integral à população. } Ou seja, o levantamento e conhecimento da rede de serviços de proteção social, seus recursos sociais e suas possibilidades oferecem maior segurança, continuidade e resolutividade às ações empreendidas pelos profissionais de saúde dentro do sistema quando no atendimento à população. }

No caso específico e particular do serviço social do Centro de Saúde do Saco Grande, além de contribuir para o levantamento sistematizado da rede de proteção social,

contribui também a partir de informações teóricas proporcionadas pelo leque de disciplinas que o curso de graduação oferece. O que proporciona ao assistente social perceber e resgatar mais profundamente as demandas dos usuários e encaminha-las de forma concreta e efetiva ao atendimento mais integral possível.

Esta ação investigativa, ou seja, a leitura da realidade, que busca identificar possibilidades e limites na realidade apresenta ao assistente social condições de antecipar as ações necessárias para caminhar na direção dos interesses e necessidades dos usuários. Oferece ainda condições para que o assistente social amplie sua atuação para além do atendimento possibilitando a ampliação do seu trabalho para o estabelecimento de protocolos de atendimento que absorvam efetivamente as demandas dos usuários. Em outros termos o serviço social tem a possibilidade de estabelecer um “contrato” de atendimento entre as instituições que prestam assistência visando a resolutividade e consolidação do atendimento.

No que se refere a segunda ação, de avaliação processual do serviço de atendimento pré-natal através das DN's, articulada à avaliação e planejamento das ações em saúde de modo específico e das políticas sociais de modo geral. O processo de avaliação das políticas, programas e serviços de saúde demandam uma análise qualitativa da realidade que resulte em condições e informações necessárias para a criação de formas de acesso aos recursos enquanto direitos sociais e de exercício de relações democráticas, possibilitando empreender estratégias e ações que favoreçam os interesses e necessidades dos usuários. A avaliação do serviço pré-natal através da análise das DN's, como ação do serviço social, se configura, segundo Sarmiento,

num conjunto de práticas que vem se denominando de ciclo de gerenciamento social pois, identificados e priorizados os problemas e analisados os dados disponíveis [...], realizam-se as análises dos indicadores sociais, definição de objetivos, metas e estratégias, identificação das ações, implementação e avaliação (2000, p. 108).

Esta avaliação viabiliza um conjunto de informações que permitem o contato com os recursos locais e viabiliza a projeção e priorização de ações dos profissionais. O processo de análise dos dados das DN's permite além de identificar e avaliar os problemas do atendimento pré-natal, através do número total de consultas realizadas pela mãe, outros fatores como:

- ✓ *Incidência de gravidez na adolescência* – considerar a idade da mãe no momento do nascimento da criança permite identificar qual o número de mães adolescentes na área de abrangência do centro de saúde. Outro dado importante é a constatação do estado civil da mãe, para que a partir destas duas categorias analisadas o serviço social possa identificar qual a rede primária e secundária de apoio com que conta esta mãe para dar condições de desenvolvimento integral e saudável à criança. Ou seja, o serviço social procura identificar a *rede primária de apoio*, que segundo Mioto (2002), são os indivíduos que se relacionam com a mãe a partir de laços afetivos, podendo ser parentes, vizinhos e amigos, e que desenvolvem um trabalho que envolve um grupo de pessoas capazes de prestar apoio real e duradouro, neste caso a mãe e a criança. Identificar também qual a *rede secundária de apoio* que são definidas a partir de instituições e pessoas reunidas em torno de uma mesma função dentro de uma instituição viabilizando serviços. A busca destas informações pode ser feita a partir de contatos com os Agentes Comunitários de Saúde – ACS, com a instituição hospitalar onde a criança nasceu, através de visita domiciliar à própria família da mãe, entre outros meios. Através destas informações os profissionais de serviço social trazem para outros profissionais da equipe de saúde a possibilidade concreta e objetiva do atendimento a estas mães ser de forma integral,

multiprofissional e interdisciplinar com a definição do atendimento a partir de ações e serviços de saúde que melhorem a qualidade de vida proporcionando a integralidade do atendimento;

- ✓ *Desnutrição infantil* identificada a partir da análise do peso da criança ao nascer. A constatação do baixo peso ao nascer, (menos de 2500 gramas), a partir da análise das DN's, exige dos profissionais de serviço social a articulação com outros profissionais da equipe, em especial nutricionista, enfermeiras e médicos. Esta articulação visa tratar a situação de risco, caracterizada pela desnutrição por que passa a criança, a partir de ações integradas entre o saber clínico e a intervenção profissional de serviço social na viabilização da articulação de recursos materiais, por exemplo, como alimentação adequada tanto para a criança como para a mãe, e de recursos assistenciais através da rede de proteção social. Visa também a inclusão da criança e da mãe em serviços, programas e projetos que dêem condições destas saírem da situação de risco e atingirem as condições ideais de saúde;
- ✓ *Malformação e óbito de recém-nascidos* – a identificação destas duas situações exige que o profissional de serviço social acione o restante da equipe de saúde para que, de forma integrada, sejam investigadas quais foram as causas e quais os possíveis encaminhamentos de atendimento;
- ✓ *Confiabilidade das informações em saúde prestadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis* – a análise das DN's possibilitou identificar falhas no Sistema de Informação de Atenção Básica – SIAB. Constatou-se que o número de nascidos vivos apontados pelo SIAB não é o mesmo que o que o número de DN's que o centro de saúde recebe e que a equipe de serviço social analisa mensalmente. Isso implica em informações


incorretas que não refletem com segurança a realidade dos índices sociais da unidade, o que implicará num planejamento de novas ações e serviços de saúde que podem não ser adequados a real demanda dos usuários do sistema.

Todos os fatores acima mencionados identificados e devidamente analisados pelo serviço social são encaminhados ao Momento de Integração¹⁸ da equipe do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade Residência e às reuniões de planejamento da equipe de profissionais de saúde da unidade. Estas informações subsidiam a equipe para realizar e desenvolver ações de saúde, facilitando a identificação e proposição de alternativas apropriadas a realidade local de saúde e fundamentada nos princípios de universalidade e integralidade. A discussão e a inclusão destes fatores no planejamento e no cotidiano da equipe de saúde da unidade contribui para o desenvolvimento de ações na perspectiva interdisciplinar e multiprofissional.

O assistente social, a partir do desenvolvimento de processos de trabalho competentes, responsáveis e comprometidos, no caso da saúde, com os princípios da universalidade e integralidade do atendimento no SUS, estabelece a articulação entre as diversas instâncias da sociedade civil e o governo que estão envolvidos no planejamento e execução da política de saúde. É um profissional que reconhece a prática do trabalho interdisciplinar o que favorece o estabelecimento de alianças com outros profissionais e com outras entidades objetivando a construção coletiva de estratégias de enfrentamento (COUTO, 1999) dos limites impostos hoje na política de saúde.

O segundo eixo de intervenção no qual a equipe de serviços social do Centro de Saúde vem trabalhando é o de Mobilização da comunidade. Neste eixo de intervenção o

¹⁸ Momento de Integração – realizado na própria unidade de saúde ao final de cada período de atividade profissional específica, quando as equipes de residentes e os supervisores locais se reúnem para discutir as situações mais complexas vivenciadas na rotina de atendimento daquele dia (UFSC, 2002).

serviço social acompanha as reuniões mensais do Conselho Local de Saúde - CLS procurando contribuir para a organização e mobilização do conselho, bem como assessorar a articulação das discussões e ações entre o conselho, a comunidade e o centro de saúde na perspectiva da universalização, da ampliação e da efetivação dos direitos socialmente adquiridos (ALVES et al, 2003). 

Neste caso a equipe de serviço social do Centro de Saúde do Saco Grande em suas ações tem como diretrizes a universalização, ampliação e consolidação do direito “adquirido” e garantido legalmente à população da participação da comunidade no controle social. }

Na área da saúde, a Constituição Federal de 1988 prevê a efetivação do controle social sobre o poder Estado no art. 198 que estabelece a participação da comunidade como diretriz para a consolidação do SUS.

{ Em função disso foram criados os Conselhos, regulamentados a partir da legislação específica de cada área. Estes têm sua composição e finalidade variada de acordo com cada política. No caso específico da saúde a lei que regulamenta os Conselhos de Saúde é a Lei 8142/90, que dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do SUS.

O conselho de saúde, em caráter permanente e deliberativo, [...], atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo (Lei 8142/90).

A Lei 8142/90 prevê que na composição dos Conselhos de Saúde a representação dos usuários seja paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos, ou seja, 50% dos participantes serão usuários do SUS e os outros 50% serão representantes do governo, prestadores de serviço e profissionais da área da saúde. A Lei prevê ainda que o controle social, através dos Conselhos de Saúde, se dará nas três esferas de governo: nos municípios os Conselhos Municipais de Saúde - CMS e Conselhos Locais de Saúde - CLS; nos estados

os Conselhos Estaduais de Saúde – CES e no âmbito nacional o Conselho Nacional de Saúde - CNS. }

Na comunidade do Saco Grande o CLS foi criado em 05 de dezembro de 2002 conforme Resolução nº 01 de 11 de maio de 2000, do Conselho Municipal de Saúde de Florianópolis e tem por finalidade:

Artigo 2. O Conselho Local de Saúde é o órgão consultivo do Sistema Único de Saúde (SUS), na área de abrangência do bairro Saco Grande, relacionando-se diretamente à hierarquia do CMS, atuando com atenção especialmente aos níveis de planejamento local, avaliação da execução, e controle social das ações de saúde ou correlacionadas à saúde, colaborando na definição de prioridades e estabelecimento de metas a serem cumpridas em sua área de abrangência (CLS, 2003).

A presença dos assistentes sociais nos Conselhos tem se desenvolvido a partir de duas perspectivas.

Na primeira delas, o assistente social atua como conselheiro, não atuando como profissional, representando as categorias profissionais ou entidades da sociedade civil ou os governos no qual está vinculado como trabalhador. Ou seja o assistente social compõe os Conselhos na condição de gestor, representante dos trabalhadores, prestador de serviço, pesquisador/assessor ou ainda como usuário.

O assistente social, como conselheiro, deve ter claro o que significa representar um segmento ou uma política. Sua atuação “deve estar voltada para qualificar essa representação, o que remete à tarefa de estabelecer canais de comunicação concreta com a base que representa” (COUTO, 1999, p. 208) para que sua representação seja de fato legítima. Caso contrário corre-se o risco de representar a si mesmo e assim enfraquecer o movimento coletivo que deve dar substância ao trabalho dos conselheiros.

Na condição de conselheiro o assistente social é portador de um mandato, de uma delegação atribuída pelo segmento que representa. Como conselheiro tem atribuições específicas estabelecida na legislação e no regimento de cada Conselho (GOMES, 2000).

Ainda segundo Gomes (2000), o assistente social ao exercer a função de conselheiro não se desprende fazendo uso do seu saber específico já que neste espaço lida com objetos que tem afinidade com a profissão.

A outra forma de inserção do assistente social na área dos Conselhos, tem sido a partir do trabalho como assessor. Nesta perspectiva o trabalho profissional volta-se para o fortalecimento dos conselheiros no exercício de sua função. Nesse processo estão presentes desde os cursos de capacitação para os conselheiros até o trabalho de esclarecimento da pauta de uma reunião, por exemplo. “O foco do trabalho guia-se pela premissa de que é necessário democratizar os espaços coletivos e criar condições para a disputa do projeto das políticas públicas” (COUTO, 1999, p. 208). O assistente social em seu processo de trabalho deve estar comprometido com a socialização das informações e com a ampliação do Conselho como espaço democrático.

Na perspectiva de organizar , mobilizar e assessorar a articulação das discussões do CLS com a comunidade do Saco Grande a equipe de serviço social desenvolveu, segundo Alves (2003a), como ações:

- ✓ Mobilização dos conselheiros para a preparação, discussão e aprovação do Regimento Interno do CLS;
- ✓ Orientação para proposição do Regimento Interno do CLS;
- ✓ Mobilização das entidades que tem representação no CLS para mobilização, discussão e aprovação do Regimento Interno.

No momento o trabalho do serviço social junto ao CLS centra-se na estruturação do conselho, visto que sua criação é recente e que se constitui num espaço novo de participação para a comunidade do Saco Grande. A equipe de serviço social procura desenvolver suas ações no sentido de fortalecer o compromisso dos conselheiros para com as questões de saúde da comunidade uma vez que se observou alguns pontos negativos que

vem ocorrendo no CLS como: descrédito por parte de membros quanto à efetividade das propostas; discussões particularizadas a funcionários do centro de saúde em espaços e horários alheios aos das reuniões do conselho; a alta rotatividade dos participantes o que aprisiona o debate a esclarecimentos quanto ao funcionamento do centro de saúde e seus programas; os conselheiros, em parte, não vêm participando das reuniões ou se comprometendo com questões referentes ao conselho; despreparação e falta de capacitação dos conselheiros; ocupam tempo nas reuniões e não se tornam ponto de pauta várias reclamações isoladas e as reuniões têm pouco tempo de duração (ALVES, 2003a).

O desafio da equipe de serviço social dentro do CLS como um espaço de confluência das questões coletivas de saúde da comunidade e como uma possibilidade de contato com as pessoas envolvidas no movimento sócio-comunitário do Saco Grande é de fortalecer os sujeitos políticos, onde a população possa exercer o controle social dos serviços, onde possa ser um espaço de reivindicação, de participação, de expressão das demandas e de escuta, por parte dos profissionais, das necessidades de saúde da população.

Este fortalecimento exige dos assistentes sociais pensar em oportunidades de ação neste espaço que articulem sua prática aos interesses e necessidades dos usuários, aproveitando que o CLS é um espaço que favorece aos profissionais coletar informações e dados que podem subsidiar o planejamento das ações da equipe de saúde. Neste sentido o serviço social observou e percebeu que as questões demandadas pelo conselho são de capacitação dos conselheiros e outras lideranças da comunidade; a realização de uma oficina de planejamento para se pensar as ações do CLS e a inserção na pauta de discussão sobre os temas da 12ª Conferência Nacional de Saúde (ALVES, 2003a).

✓ O trabalho do serviço social junto aos Conselhos tem como objetivo e compromisso ampliar este espaço de forma democrática, de socializar as informações sobre os direitos dos usuários, de universalizar e efetivar a participação da comunidade, como diretriz para a

Projeto Trabalho Social em Saúde na Comunidade

consolidação do SUS, de forma organizada e coletiva para que tanto os usuários como os profissionais de saúde efetivem o espaço dos Conselhos como um espaço para a realização da democracia participativa. A fim de evitar que os Conselhos de Saúde não se tornem um espaço, ao contrário do que se propõe, de controle do Estado sobre a população.]

O terceiro eixo de intervenção profissional da equipe de serviço social são os de Ações de Caráter Emergencial. Neste nível de intervenção os profissionais de serviço social buscam atender as demandas relacionadas às necessidades dos usuários (ALVES et al, 2003).

O instrumento utilizado pelo serviço social para o atendimento emergencial das demandas dos usuários que não estão na rotina institucional do Centro de Saúde do Saco Grande foi a abertura de uma agenda. Os atendimentos são divididos em encaminhamentos internos dos profissionais de saúde da unidade e no atendimento à demanda espontânea, em esquema de plantão social.

O plantão social é a porta de entrada das demandas e necessidades dos usuários dos serviços e programas de saúde. No caso dos atendimentos, encaminhamentos e ações realizadas pelo serviço social junto aos usuários e suas famílias, segundo Lima (2003b) estes têm se centrado na emergência devido ao contexto que vem sendo vivenciado referente às políticas sociais municipais caracteristicamente direcionadas aos indivíduos mais pauperizados.

O acesso aos benefícios, mesmo residuais, tem confirmado a lógica perversa da exclusão onde as famílias expõem, além de suas dificuldades o seu cotidiano de maneira a assumirem-se incapazes. Esse fato tem contribuído para a baixa auto-estima das usuárias que procuram o Serviço Social no Centro de Saúde [...] (LIMA, 2003b)

Diante deste contexto, cabe ao assistente social contribuir para que estas demandas se tornem coletivas, cabe fazer a interface com as diversas políticas sociais para que seja assegurada e garantida a integralidade das ações e serviços de saúde e a resolutividade do sistema. Para que a integralidade no atendimento as situações

emergenciais acontecesse o serviço social acionou várias instituições: Secretaria de Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social, Projeto de Apoio a Terceira Idade, Ação Social da Igreja Católica Paróquia São Francisco Xavier, Secretaria Municipal de Saúde, Conselho Municipal da Criança e do Adolescente, Hospital Universitário, Escritório Modelo de Assistência Jurídica, Centro de Educação para Jovens e Adultos e o Instituto Nacional de Seguridade Social.

O plantão social, no centro de saúde, oferece aos profissionais de serviço social uma complexa variedade de demandas que revelam o tipo de realidade na qual vivem os usuários do SUS. É a partir desta prática institucional que o assistente social pode realizar a leitura e análise sistemática desta realidade vivenciada pelos usuários que procuram seus serviços.

O trabalho do serviço social a partir do plantão social

que antes era visto como espaço onde o usuário ia em busca de um auxílio e que ao assistente social cabia a tarefa de avaliar suas condições de acessar ou não o recurso, passa a ter uma nova dimensão. Transformando-se em um *lôcus* privilegiado de compreensão das formas de enfrentamento do usuário da questão social, capaz de produzir indicadores importantíssimos para a definição das políticas sociais, além de ser um espaço fundamental para trabalhar na perspectiva de fortalecimento dos sujeitos coletivos (COUTO, 1999, p. 206).

Segundo Marques (1997), a variedade das demandas que surgem no plantão é bastante complexa e na maioria das vezes ultrapassa a esfera particularizada do setor de saúde. Assim mesmo situado no interior da política de saúde, o assistente social não pode perder de vista que é cada vez maior a situação de pobreza e que com isso multiplicam-se as carências dos usuários, não se restringindo somente aos aspectos do adoecimento. A expressão desta situação, segundo Lima (2003b), se reflete na demanda apresentada pelos usuários ao serviço social da impossibilidade de geração de emprego e renda na comunidade ou fora dela, a maioria das famílias atendidas tem seus membros

desempregados ou subempregados. Os últimos não dispõem de estabilidade no emprego, recebendo baixos salários.

O agravo das situações de desemprego, pobreza, desigualdade social, falta de habitação, de educação, de saneamento básico, de saúde e conseqüentemente de políticas públicas não universalizantes, ou seja, seletistas, restritivas e compensatórias elaboradas por parte dos governantes acaba por refletir no atendimento dos plantões sociais. O atendimento dos usuários no plantão, por vezes, não se configura pela continuidade, esse caráter no entanto não é revelador de um descompromisso técnico ou de ações ineficazes por parte dos profissionais de serviço social, mas sim resultado da desresponsabilização por parte do poder público, nas suas três instâncias, com a formulação e ampliação de políticas e programas sociais que venham atender de fato a complexidade das demandas da população. O descompromisso do poder público com as questões de saúde impede, que sozinhos, os profissionais possam efetivar e consolidar os princípios de diretrizes do SUS.

✱ ¹⁴⁹ Por fim ^{o quarto eixo de intervenção em que a equipe de serviço social do Centro de Saúde do Saco Grande vem desenvolvendo suas ações é o de Educação e Informação em Saúde através da sala de espera, do mural da cidadania e do acolhimento. Este nível de intervenção objetiva pela informação, pelo diálogo e pela reflexão entre profissionais e usuários, fortalecer estes usuários no processo de mudança da realidade na qual se inserem, bem como na direção da ampliação dos direitos e na efetivação da cidadania. Essa ação permite tornar visível, para os usuários, a estrutura dos serviços de saúde e os profissionais que atuam no Centro de Saúde, bem como permite transparência sobre o real significado das políticas sociais, especialmente a política de saúde, explicitando os meios e as condições de acessá-las (ALVES et al, 2003).}

Segundo Costa (2000), o assistente social em todos os tipos e fases de atendimento e acompanhamento nas unidades de saúde realiza ações voltadas à educação em saúde, por

meio de orientação e encaminhamentos individuais e coletivos. As atividades de sala de espera, do mural da cidadania e do acolhimento exigiram o engajamento dos profissionais de serviço social em práticas multidisciplinares e interdisciplinares com os demais profissionais da equipe de saúde da unidade.

P (Ação Educadora)
O desenvolvimento das ações de educação e informação em saúde, por parte dos profissionais de serviço social, proporciona aos usuários um espaço que contém informações da unidade, informações referentes aos direitos sociais e ao direito à saúde.

Estas atividades se caracterizam como espaços de democratização de conhecimento e informações, principalmente, no que se referem às rotinas institucionais da unidade, sobre os direitos dos usuários, sobre os recursos e programas existentes no centro de saúde, sobre os espaços de incentivo e mobilização para a participação da população em fóruns de controle social, como o Conselho Local de Saúde, e de discussão da política de saúde. Mas é também nestes espaços que a população expressa demandas por apoio, alívio de tensão, esclarecimentos, orientações e principalmente suas reivindicações e indignações quanto aos serviços de saúde da unidade.

(Assim a intervenção no eixo educação e informação em saúde)

[...] pode ser entendida como um processo de ensino-aprendizagem na relação dialética entre profissional e usuário, sendo que ela pode contribuir na formação profissional do Assistente Social através do exercício educativo e pedagógico no campo operacional. Permite, ainda, que sejam estabelecidas relações que promovam a construção de conhecimentos e habilidades técnicas, políticas e éticas, no convívio do cotidiano profissional, baseado em referenciais que estimulem a problematização e a crítica transformadora da realidade onde se inserem (LIMA, 2003, p.23a).

O serviço social pode consolidar seu trabalho, através das ações de educação e informação em saúde, de acordo com os compromissos ético-políticos da profissão e de um projeto profissional comprometido com os interesses e necessidades dos usuários. Para tanto é necessário que os profissionais de serviço social percebem que estas questões

demandam sua preocupação e análise, que também demandam a inclusão das reivindicações e necessidades dos usuários no seu plano de trabalho e na agenda pública por meio de entidades representativas como as associações de bairro, o Conselho Local de Saúde, o Conselho Municipal de Saúde entre outros.

↳ O assistente social norteia suas ações de educação e informação em saúde para a perspectiva do direito positivo, ou seja, na garantia do acesso e domínio do conhecimento e do exercício dos usuários de seus direitos tanto civis, políticos como sociais. Nesse processo, a socialização destas informações referente aos direitos é a marca registrada da ação profissional que vem no sentido de fortalecer o usuário no acesso e no processo de mudança da realidade na qual se insere, bem como na direção da ampliação dos direitos e efetivação da cidadania } -D OAS. norteia suas ações de educação, p/ a conquista do direito político.

Para Silva (2000, p. 114), a informação e educação em saúde possibilitam um processo democrático e político pelo qual “procura-se tornar transparente para os usuários o real significado das políticas sociais, a lógica a partir da qual se originam e se estruturam na sociedade capitalista, bem como os meios e condições de acessá-las”.

Também segundo Silva (2000, p.114), a informação socializada pelos profissionais de serviço social aos usuários dos serviços de saúde diferencia-se da simples orientação sobre legislação e atos normativos pelos seguintes aspectos:

- ✓ É transmitida na ótica do direito na Direção do compromisso com a cidadania, o que significa direciona-la para além da normatividade legal dos direitos; para a tradução prática; para a efetivação desses direitos, a partir da compreensão do usuário como um sujeito de valores, interesses e demandas legítimas, passíveis de serem negociadas;
- ✓ Tem por referência inicial a realidade imediata do usuário, expressa pelas demandas que este apresenta e pelo seu perfil sócio-econômico e político. No curso

de sua transmissão, procura situar essa realidade particular do usuário no contexto global da sociedade, inserindo-a no contexto das relações sociais, das classes e grupos sociais e da correlação de forças expressa na sociedade no momento em que a demanda é apresentada. Nessa perspectiva a informação transmitida possibilita ao usuário sua identificação com as classes e grupos sociais existentes na sociedade, estimulando-o a participar dos processos e ações coletivos em defesa de seus interesses;

- ✓ É um processo de politização que, para se desenvolver, exige discussões, análises e proposições que possibilitem reflexão e crítica, numa relação democrática e de respeito entre o saber profissional, institucional e político do assistente social e o saber do usuário, buscando elevar seu poder.

As ações de informação e educação em saúde, desenvolvidas pelo serviço social, pretendem o estabelecimento de novas relações entre as ações profissionais dos assistentes sociais e os usuários, tendo por horizonte a promoção de uma participação efetiva dos usuários no acesso e na garantia de seus direitos, em especial o direito a saúde, bem como a construção de um novo projeto societário que não esteja calcado na dominação e na exploração. Com isso busca-se assegurar processos públicos de tomada de decisão e exercício de poder coletivo em detrimento dos processos individuais que orientam a sociedade atual.

A dimensão educativa e informativa da intervenção profissional colabora também para que o agir do assistente social seja promotor de um processo de participação dos usuários/sujeitos envolvidos e que desperte o conhecimento crítico sobre a realidade tendo em vista a construção de estratégias coletivas de atendimento as necessidades e interesses dos usuários do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho procurou contribuir para a discussão dos processos de trabalho na área da saúde, em especial, na atenção básica, evidenciando a experiência vivenciada pela equipe de serviço social do Centro de Saúde do Saco Grande.

O desenvolvimento do trabalho evidenciou que a escolha do objeto de estudo e da perspectiva adotada foi relevante tendo em vista a atualidade e a necessidade de aprofundamento das discussões sobre o trabalho do assistente social nos programas de saúde no nível de atenção básica.

A reflexão sobre as ações profissionais desenvolvidas pelo serviço social e a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS vem em decorrência da importância deste profissional no processo de efetivação do sistema e do desenvolvimento do seu trabalho no âmbito da saúde pública em seus diversos níveis de atenção, em especial no âmbito da atenção básica de saúde.

Quanto aos objetivos pretendidos na monografia: identificar as ações profissionais do assistente social no nível de atenção básica, a partir da análise dos atendimentos desenvolvidos pela equipe de Serviço Social do Centro de Saúde do Saco Grande; e evidenciar a compatibilidade entre as ações desenvolvidas nos diversos eixos de intervenção profissional e os princípios e diretrizes do SUS, observamos que estes foram alcançados na medida que na análise constatamos que as ações profissionais desenvolvidas pelo serviço social são compatíveis com os princípios e diretrizes do SUS.

Um fato evidenciado com este estudo foi de que o assistente social além de desenvolver atividades de natureza educativa, de planejamento e gestão, de mobilização e participação da comunidade para atender as necessidades e demandas dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença, tem seus eixos de intervenção que apresentam uma predominância de ações

voltadas para a interação entre os diversos níveis do sistema e fora dele. Ou seja, conforme Costa (2000), é um profissional que trabalha a conexão das necessidades de saúde da população com os princípios e diretrizes do SUS e para além do sistema buscando conexão com a rede externa de proteção social visando sempre o atendimento integral das necessidades em saúde dos usuários.

Segundo Costa (2000, p. 62-63), o trabalho do assistente social na área da saúde “cumpe o papel particular de buscar estabelecer o elo ‘perdido’ quebrado pela burocratização das ações, tanto internamente entre os níveis de prestação de serviços de saúde, quanto, sobretudo, entre as políticas de saúde e as demais políticas sociais e ou setoriais”.

Esta especificidade de articular as demandas dos usuários com os recursos sociais e institucionais do sistema se deve pelo fato de ser o profissional mais próximo dos usuários, pois a formação profissional do assistente social possibilita ouvir e apreender do usuário quais são suas reais necessidades e demandas de saúde. Sua formação possibilita trabalhar a família como um todo e não somente a pessoa doente, numa perspectiva de totalidade articulando recursos materiais e sociais para que o atendimento seja o mais integral possível.

A formação profissional do assistente social permite, ainda, que este seja interlocutor das necessidades e demandas de saúde da população, advindas do processo de transição ao novo modelo assistencial, marcadas pelas reformas do Estado, pela falta de recursos, tanto financeiros como humanos, pela racionalização burocrática, pelas falhas das tecnologias informacionais, pela superespecialização das tarefas e contingenciamento da realidade social dos usuários (COSTA, 2000), no momento da formulação de programas, ações e serviços de saúde. É um profissional capaz de realizar a articulação da política de saúde com as demais políticas setoriais como, por exemplo, assistência social, educação,

habitação, tendo em vista a preocupação com o desenvolvimento de ações comprometidas com a garantia dos direitos sociais e do direito a saúde e mediadas pelas necessidades dos usuários.

Destacamos o papel da inserção dos profissionais de serviço social nas equipes de saúde em todos os níveis de atendimento do SUS, mas principalmente nos centros de saúde. Esta inserção, segundo Costa (2000, p. 69),

abre a possibilidade pela qual essa profissão possa interferir e redirecionar o processo de trabalho na saúde elaborando estratégias de atendimento às necessidades imediatas, como a democratização do acesso e de responsabilização social do SUS, no sentido de dar respostas às necessidades de saúde resultantes das desigualdades sociais existentes na sociedade brasileira.

Destacamos ainda que o assistente social é um profissional que reconhece a prática do trabalho interdisciplinar, o que favorece o desenvolvimento de ações no sentido de oferecer ao usuário um atendimento/tratamento numa perspectiva integral, além de contribuir para a mudança do modelo assistencial médico-hegemônico.

Neste sentido, e ciente das limitações, sinalizamos o significado da ampliação da inserção das (os) graduandas (os) de serviço social para realização de estágio curricular obrigatório em outros centros de saúde do município de Florianópolis, pelo Programa Docente Assistencial, viabilizado pelo Departamento de Serviço Social .

Mesmo considerando que os objetivos da monografia tenham sido atingidos verificou-se, no decorrer do estudo, como limitações: 1) a restrita produção teórica na área de serviço social sobre o trabalho profissional na atenção básica de saúde, pois muitas publicações realizadas por profissionais de serviço social encontram-se publicadas e apresentadas em congressos e eventos de medicina, enfermagem e saúde coletiva e não na área de serviço social e 2) a falta de referências bibliográficas sobre a trajetória do serviço social na área da saúde, limitação esta que implicou no não aprofundamento teórico e analítico da discussão realizada no segundo capítulo da monografia.

REFERÊNCIAS

ALVES, F. L et al. **Estágio Curricular na Unidade Básica de Saúde do Saco Grande em Florianópolis/SC: uma experiência de integração de ensino, pesquisa e extensão.** Florianópolis:UFSC/CSE/DSS, 2003, mimeo.

_____. **Diário de campo.** Florianópolis, 2003a, mimeo.

_____. **Ações sócio-terapêuticas e serviço social. Relatório Parcial de Pesquisa.** Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2003b.

ALVES, F. L. ; LIMA, T.C. S. **As atividades realizadas no estágio curricular obrigatório em serviço social na unidade básica de saúde do Saco Grande: PDA e PSF. Relatório de Estágio.** Florianópolis: UFSC/DSS, 2003c, mimeo

BEREZOVSKI, M. **Serviço Social médico na administração hospitalar.** São Paulo: Cortez & Moraes, 1977.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** Texto Constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas EC de n. 1, de 1992, a n. 31 de 2000 e pelas EC de Revisão de n. 1 a 6, de 1994. 16. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8142/90 de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em <www.saude.gov.br>. Acesso em 25 de março de 2002.

_____. **Programa Saúde da Família.** Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Terminologia básica em saúde.** Secretaria Geral, Grupo de Trabalho – Unidade de Sistema de Desenvolvimento de Serviço de Saúde. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1985.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1996.

CABRAL, M. S. R. **Serviço Social e Política Previdenciária. Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, nº 2, p. 98-107, 1980.

Conselho Local de Saúde - CLS. Regimento Interno do Conselho Local de Saúde do Saco Grande. Florianópolis, 2003, mimeo.

CONSELHO FEDERAL DE ASSISTENTES SOCIAIS. Intervenção profissional do assistente social no campo da saúde. Brasília, 1990, mimeo.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. Assistente Social trabalhador da saúde: em defesa da ampliação da equipe “saúde da família”. Comissão de Seguridade Social. Brasília, 2002, mimeo.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. Revista Serviço Social e Sociedade, São Paulo: Cortez, nº 62, p. 35-72, 2000.

_____. Os Serviços na contemporaneidade: notas sobre o trabalho nos serviços. In: **MOTA, A. E. (org.). A nova fábrica de consensos: ensaio sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao serviço social.** São Paulo: Cortez, p. 97-113, 2000a.

COSTA, N. R. Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação. Saúde e Saneamento na Agenda Social. São Paulo: HUCITEC, 1998.

COUTO, B. R. O processo de trabalho do assistente social na esfera municipal. Capacitação em serviço social e política social: crise contemporânea e questão social. Brasília: UNB, módulo 4, p. 201-213, 1999.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. Disponível em www.opas.org.br/promocao/unploadarq/alma-ata.pdf. Acessado em 05 de maio de 2003.

DINIZ, M. L. F. et al. A inserção do assistente social em uma nova prática de organização da saúde: PSF. Documento apresentado ao CFESS Pleno, 2000.

FERREIRA, M. E. M. P. Ciência e interdisciplinaridade. In: **FAZENDA, I. C. A. Práticas interdisciplinares na escola.** São Paulo: Cortez, 1991.

FRANCO, T. e MERHY, E. PSF: Contradições e novos desafios. Disponível em: www.technet.com.br/~nilson/sausedafamilia11.htm. Acesso em 20 de abril de 2003.

GERSCHMAN, S. A Democracia Inconclusa: Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GOMES, A. L. Os conselhos de políticas e de direitos. **Caderno de capacitação em serviço social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais**. Brasília: UNB, módulo 4, p. 164-172, 2000.

HOUAISS, A. e VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. O trabalho do Assistente Social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. **Caderno de capacitação em serviço social e política social: crise contemporânea, questão social**. Brasília: UNB, módulo 1, p. 112-128, 1999a.

LIMA, T. C. S. **Projeto de Intervenção: O Estágio de Serviço Social no Programa Docente Assistencial – PDA**. Florianópolis: UFSC/DSS, 2003, mimeo.

_____. Reconstruindo o processo: a construção de uma cartografia para a intervenção profissional dos assistentes sociais com famílias. **Relatório parcial de pesquisa**. Florianópolis: UFSC, 2003a, mimeo.

_____. **Diário de campo**. Florianópolis, 2003b, mimeo.

LOCKS, M. T. R. **Central de Marcação de Consultas da Grande Florianópolis: um estudo de caso**. Florianópolis, 2002. 94f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Santa Catarina.

MACIEL, H. H. M. Rede de assistência social: futuro ou presente? **Revista Katalysis**, nº 4, Florianópolis: Editora da UFSC, p. 89-92, 1999.

MAGAJEWSKI, F. R. **Seletividade estrutural e a construção do Sistema Único da Saúde em Santa Catarina no período 1987-1990**. Florianópolis, 1994. 238f. Dissertação (mestrado em Administração). Centro Sócio Econômico. Universidade Federal de Santa Catarina.

MARQUES, E.L. O plantão na prática do serviço social. **Revista Superando Desafios**. Rio de Janeiro: Hospital Universitário Pedro Ernesto, v.2, nº 1, p. 49-61, 1997

MATOS, M. C. **O debate do Serviço Social na Saúde na década de 90: sua relação com o projeto ético-político profissional e com o projeto da reforma sanitária**. Rio de Janeiro, 2000.111f. Dissertação (mestrado em Serviço Social). Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MIOTO, R. C. T. O trabalho com redes como procedimento de intervenção profissional: o desafio da requalificação dos serviços. **Revista Katalysis**, v. 5 nº 1, Florianópolis: Editora da UFSC, p. 51-58, 2002.

_____. **Reconstruindo o Processo: a construção de uma outra cartografia para a intervenção profissional dos assistentes sociais com famílias. Projeto de Pesquisa**. Florianópolis: UFSC/CSE/DSS, 2002b.

NICOLETTI, L. **Planificação em saúde e participação comunitária**. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, ano I, nº 1, set. 1979.

NOGUEIRA, V. M. R. **O direito à saúde na reforma do estado brasileiro: construindo uma nova agenda**. Florianópolis, 2002.333f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

NORONHA, J. C. e LEVCOVITZ, E. AIS-SUDS-SUS: os caminhos do direito à saúde. In: GUIMARÃES, R. e TAVARES, R. (orgs). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/ABRASCO/IMS-UERJ, p. 73-111, 1994.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS - PMF. Secretaria Municipal de Saúde. **Programa Docente-Assistencial**. Disponível em: < www.pmf.sc.gov.br >. Acesso em 15 de maio de 2003.

RAICHELIS, R. Desafio da gestão democrática das políticas sociais. **Caderno de capacitação em serviço social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais**. Brasília: UNB, módulo 3, p. 57-70, 2000.

SANTOS, W. G. **Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira**. 3 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

SARACENO, C. **Le compatibilità sociali nella riforma del welfare.** In *Animazione Sociale*, 6/7. Italia, p. 37-71, 1997.

SARMENTO, H. B. M. Serviço social, das tradicionais formas de regulação política ao redimensionamento de suas funções sociais. **Caderno de capacitação em serviço social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais.** Brasília: UNB, módulo 4, p. 93-110, 2000.

SELLTIZ, C. et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais.** São Paulo: EPU, 1975.

SILVA, G. R. e VIANNA, S. M. e NOGUEIRA, R. P. **Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986),** s/d.

SILVA, M. L. L. Um novo fazer profissional. **Caderno de capacitação em serviço social e política social: o trabalho do assistente social e as políticas sociais.** Brasília: UNB, módulo 4, p. 111-124, 2000.

SIMIONATTO, I. **Mercosul e Reforma do Estado – Implicações nas Políticas Sociais Públicas.** Relatório de pesquisa. Florianópolis, 2001, mimeo.

TEIXEIRA, M. J. O programa de saúde da família, o serviço social e o canto do rouxinol. In: BRAVO, M. I. S. e PEREIRA, P. A. P. (orgs). **Política social e democracia.** São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, p. 235-254, 2001.

TRAD, L. A. B. e BASTOS, A. C. S. O impacto sócio cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública** n. 14(2). Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 429-435, 1998 .

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC. Curso de Especialização em Saúde da Família-Modalidade Residência. **Projeto I Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência.** Florianópolis, 2002.

VÁRIOS AUTORES. Proposta de Ação do Serviço Social em Postos de Saúde. **Revista de Serviço Social e Sociedade.** São Paulo: Cortez, nº 16, p. 147-156, 1984.

VASCONCELOS, A. M. **A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, E. M. Serviço social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, nº 54, p. 132-155, 1997.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec, 1999.

VIANA, A. L e DAL POZ, M. R. Estudo sobre o processo de reforma em saúde no Brasil – Relatório Final – IDRC – BID. Rio de Janeiro, abril, 1998. mimeo.

WIESE, M. L. A Articulação da Categoria Social no Contexto da Prática dos Profissionais do Programa Saúde da Família no Município de Florianópolis. Projeto de dissertação de mestrado. Florianópolis, 2003, mimeo.